



# **Quelles sont les interventions infirmières pouvant influencer la satisfaction des patientes dans un contexte de psychiatrie ?**

Travail de Bachelor

Par  
**Bossel Samanta, Grand Joana**  
Bachelor 2017-2020

Sous la direction de : Stefanie Senn

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

9 juillet 2020

## Résumé

**Problématique** : En Suisse, les troubles psychiques occupent la troisième place en termes de charge de morbidité, se plaçant même devant les problèmes cardiovasculaires. 46% de tous les rentiers AI sont des personnes affectées psychiquement. La qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est nettement inférieure à celle des personnes qui n'en souffrent pas. De nombreuses études ont été réalisées dans le but de déterminer les facteurs de satisfaction des patients, sans résultats concluants. Il s'agit d'un indicateur de soins critique couramment utilisé dans l'évaluation de la qualité des soins de santé. C'est en découvrant les impacts d'une bonne satisfaction que son importance peut être constatée. En effet, elle a un impact notable, notamment quant à l'adhésion au traitement médicamenteux. **But** : Le but de cette revue de littérature est de mettre en évidence les attitudes ainsi que les interventions infirmières pouvant avoir une influence (positive et/ou négative) sur la satisfaction des patients dans un domaine de psychiatrie. **Méthode** : il s'agit d'une revue non systématique de la littérature réalisée à partir de 6 articles scientifiques trouvés sur les bases de données PubMed et Psycinfo. La théorie de la décision partagée prédomine dans ce travail. **Résultats** : suite au résumé et à l'analyse critique des articles sélectionnés, 3 thèmes principaux sont ressortis : les facteurs favorables, les facteurs défavorables et les interventions infirmières. **Discussion** : d'après les résultats obtenus, nous pouvons aisément constater que la littérature scientifique est très peu fournie en matière d'interventions infirmières concrètes quant à l'amélioration de la satisfaction des patients. Cela pourrait consister en un futur sujet d'étude.

## Table des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements .....	vi
Introduction.....	7
Problématique .....	9
La satisfaction.....	10
La santé mentale .....	11
Question de recherche et objectifs.....	12
Cadre théorique .....	14
Théorie / Aspects théoriques .....	15
Théorie de la décision partagée .....	15
Concepts .....	17
Qualité de vie.....	17
Plan de crise conjoint.....	18
Méthode .....	20
Argumentation du devis de recherche .....	21
Méthode de recherche documentaire .....	21
Critères d'inclusion.....	22
Critères d'exclusion.....	22
Stratégies de recherche.....	23
Stratégie de recherche n°1 .....	23
Stratégie de recherche n°2 .....	24
Stratégie de recherche n°3 .....	24
Stratégie de recherche n°4 .....	25
Stratégie de recherche n° 5 .....	25
Stratégie de recherche n° 6 .....	26
Résultats .....	27
Méthodologie des articles .....	28
Identification des articles.....	28
Objectifs des articles. ....	28

Caractéristiques des articles .....	30
Population. ....	30
Contexte de soins.....	30
Forces et limites. ....	31
Ethique .....	33
Synthèse des résultats .....	34
Facteurs favorables .....	34
Facteurs défavorables .....	36
Interventions infirmières.....	37
Discussion .....	38
Interprétation des résultats .....	39
Liens avec les différents concepts .....	39
Facteurs favorables et défavorables .....	40
Prise de décision partagée.....	41
Recommandations.....	42
Pour la recherche .....	42
Pour la pratique infirmière .....	43
Forces et limites .....	44
Conclusion.....	46
Références .....	47
Appendices.....	52
Appendice A : déclaration d'authenticité .....	53
Appendice B : tableau de synthèse des principaux résultats.....	54
Appendice C : article de Krupchanka et al. (2017) .....	68
Appendice D : article de Swanson et al. (2007) .....	79
Appendice E : article de Virgoles et al. (2017).....	91
Appendice F : article de Pauselli et al. (2018) .....	100
Appendice G : article de Fortin et al. (2018).....	111
Appendice H : article de Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell (2017) .....	119

## Liste des tableaux

Tableau 1 : mots clés et termes MeSH .....	22
--	----

### **Remerciements**

Nos plus sincères remerciements vont à Mme Stefanie Senn, qui nous a accompagnées, a su nous apaiser durant les moments de doute et a corrigé ce travail. Son aide, ses conseils et sa disponibilité se sont révélés très précieux durant la réalisation de cette revue de littérature.

Nous remercions également tous les professeurs qui nous ont donné des cours tout au long de ce module. Leurs contenus ont été d'une grande aide pour la rédaction du travail.

Enfin, nous adressons également un grand merci à nos proches pour leur relecture et pour avoir su trouver les mots encourageants durant cette période de fin d'études.

## Introduction

Cette revue de littérature est réalisée dans la finalité de la formation en soins infirmiers. Elle aborde la thématique de la satisfaction des patients dans un contexte de psychiatrie. Les maladies psychiques dégradent et engendrent des modifications pathologiques de la pensée, des émotions, du comportement, de l'assimilation ainsi que de l'interprétation des événements. Des troubles de la conscience (délires, hallucinations, etc.) peuvent également apparaître en raison de déficiences organiques cérébrales. Celles-ci ont un impact négatif sur les compétences relationnelles, la capacité à gérer le quotidien et les performances. Elles impactent également négativement la qualité de vie. (Stähelin, 2016) Selon l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS), près de 18% de la population suisse de 15 ans et plus souffraient en 2012 d'un ou de plusieurs troubles psychiques tels que les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les dépressions et/ou autres symptômes graves. (Confédération suisse, 2016) Ce travail comporte cinq grands chapitres. Le premier aborde l'état actuel de la problématique et est divisé en trois sous-chapitres, à savoir la satisfaction, la santé mentale et la question de recherche avec ses objectifs. Dans le deuxième chapitre, le cadre théorique est défini, ainsi que les concepts principaux qui ont guidé la réflexion tout au long du travail. La méthode est décrite dans la troisième partie de cet ouvrage. Les différentes stratégies de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion des articles ainsi que l'argumentation du choix du devis sont présentés. Le quatrième grand thème consiste en la présentation des résultats des différents articles sélectionnés pour cette revue de littérature. Les caractéristiques, la méthodologie et une synthèse des résultats figurent dans cette partie. Finalement, la discussion fournit une interprétation des différents résultats, les recommandations pour la recherche et pour la pratique, ainsi que les forces et les limites de la revue



## **Problématique**

Ce chapitre offre différentes définitions de la satisfaction, ainsi que son utilité en tant que concept. Une recension des écrits y figure, avec de multiples références à de précédentes études traitant le sujet. Une partie traitant de la santé mentale est également proposée. L'ensemble de ces éléments permet d'amener la question de recherche ainsi que son objectif.

### **La satisfaction**

La satisfaction est définie par Eriksen (1995) comme étant « l'évaluation de la réponse cognitive-émotionnelle des patients résultant et l'interaction entre les attentes des patients et les perceptions des infirmiers. » (Doran, 2011). La satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers est considérée comme le principal facteur prédictif de la satisfaction globale à l'égard des soins hospitaliers. (Messina et al., 2015)

Selon Swanson et al. (2007), très peu d'études examinent la relation entre les soins de santé mentale et la satisfaction, car la plupart des études sur la santé mentale ne considèrent que la réception de soins de santé mentale comme la variable dépendante et analysent ses prédicteurs [traduction libre]. Il s'agit d'un indicateur de soins critique couramment utilisé dans l'évaluation de la qualité des soins de santé. Les résultats des sondages sur la satisfaction des patients permettent aux fournisseurs de soins de santé de déterminer les facteurs de service qui doivent être améliorés. Elle permet également aux décideurs de comprendre les besoins des patients et, par conséquent, d'élaborer un plan stratégique pour des services efficaces et de meilleure qualité. Les soignants ne sont pas les seuls acteurs de la prise en charge, il ne suffit donc pas de mesurer uniquement leur niveau de performance pour évaluer la qualité de leurs soins.

En effet, les rôles des patients et leurs caractéristiques sont tout aussi importants pour déterminer le niveau de qualité des soins. (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino, & Amenta, 2017).

Depuis les années 1960, de nombreuses échelles ont été utilisées pour mesurer la satisfaction des patients à l'égard des soins de santé mentale. Une étude systématique récente indique que les échelles varient considérablement dans leur structure, leur longueur, leur orientation et leur qualité (Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeri, & Priebe, 2018).

C'est en découvrant les impacts d'une bonne satisfaction que son importance peut être constatée. En effet, elle a un impact notable, notamment quant à l'adhésion au traitement médicamenteux. Dans l'étude de Virgoles et al. (2017), une corrélation significative a été constatée entre l'adhésion des patients aux traitements et la satisfaction pour les soins infirmiers reçus. Davidow et Uttal (1989) ont affirmé que les patients satisfaits étaient plus coopératifs avec les prestataires de soins. La satisfaction incite également les patients à revenir dans le service ou à le recommander à des tiers. Elle augmente le statut fonctionnel, les capacités d'auto-soins et améliore l'état émotionnel (Doran, 2011).

### **La santé mentale**

Selon l'OMS (2020), la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Cette même organisation décrit le bien-être comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Une recherche épidémiologique de 2011 qui inclut des études

réalisées dans les vingt-sept États de l'UE, en Suisse, en Islande et en Norvège, révèle que plus de deux tiers de la population de l'UE élargie souffre d'un trouble psychique une fois par année. Cela représente près de 164,7 millions de personnes (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016)

Au niveau national, certaines données quant à la santé mentale sont connues. En 2018, 33'173 hommes et 34'226 femmes, soit un total de 67 399 personnes ont été hospitalisées dans un service de psychiatrie durant l'année 2018 en Suisse (Office fédéral de la statistique, 2019). Selon les résultats d'une étude, la charge de morbidité induite par les troubles psychiques est forte : ceux-ci occasionnent 13,6% du total des DALY calculés en Suisse. Les troubles psychiques occupent ainsi, après le cancer (16,0%) et les maladies de l'appareil locomoteur (14,1%), la troisième place en termes de charge de morbidité, se plaçant même devant les problèmes cardiovasculaires (12,8%). La charge de morbidité est la différence entre l'état de santé actuel et l'état de santé idéal, et les DALY sont les « *disability-adjusted life years* », cela correspond à la somme d'années potentielles perdues à cause de la maladie.

En outre, la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est nettement inférieure à celle des personnes qui n'en souffrent pas. Ils peuvent avoir des effets négatifs sur tous les domaines de la vie, notamment la situation professionnelle. Ils sont la cause la plus fréquente d'invalidité. En effet, en Suisse, 46% de tous les rentiers AI sont des personnes affectées psychiquement. (Schuler et al., 2016).

### **Question de recherche et objectifs**

Le but de cette revue de littérature est de mettre en évidence les attitudes ainsi que les interventions infirmières pouvant avoir une influence (positive et/ou négative) sur la

satisfaction des patients dans un domaine de psychiatrie. Ce thème nous apportera des connaissances pour notre pratique future car comme décrit ci-dessus, la satisfaction des patients est un indicateur de qualité des soins couramment utilisé. De plus, le thème de la santé mentale est encore tabou de nos jours. En effet, les patients hospitalisés en santé mentale sont encore considérés comme « fous » aux yeux de la société en général. De ce fait, les besoins et les attentes de cette population ont tendance à être oubliés, renforçant d'autant plus ce sentiment de rejet et de stigmatisation que ces patients peuvent ressentir. Des travaux comme celui-ci peuvent contribuer à rendre ce sujet moins tabou. Par cette revue, nous espérons provoquer des discussions et des interpellations au sein des équipes soignantes et de la société.

Ces objectifs cités ci-dessus ont permis d'aboutir à la question de recherche suivante :  
« Quelles sont les interventions infirmières pouvant influencer la satisfaction des patientes dans un contexte de psychiatrie ?

## **Cadre théorique**

## **Théorie / Aspects théoriques**

### **Théorie de la décision partagée**

Dans ce travail de Bachelor, la théorie de décision partagée, *shared decision making* en anglais, va être utilisée comme cadre de référence. La prise de décision partagée est considérée comme une composante essentielle de la pratique quotidienne de la santé mentale dans la plupart des pays occidentaux et développés. Dans certains pays (par exemple, dans certaines régions de Scandinavie), la participation des patients est considérée comme un droit et inscrite dans la loi (Kaminskiy, Senner, & Hamann, 2017). C'est un modèle utilisé dans le domaine hospitalier entre patient et médecin dans le but de choisir ensemble un plan de traitement par exemple et de créer un partenariat. La confiance et l'importance de la relation thérapeutique dans ce processus est un facteur important. Certaines populations ont une confiance moindre envers le système de santé, rendant le partenariat difficile. Cette théorie se divise en quatre phases bien distinctes : l'introduction, l'échange d'information, l'évaluation et la décision.

Dans la première phase, la discussion se fait entre le médecin et le patient concernant le problème médical de celui-ci afin de présenter les différentes possibilités thérapeutiques.

Le professionnel informe le patient sur la maladie contractée, les traitements possibles, les inconvénients et les risques quant à sa santé et son environnement durant la deuxième phase. Il est important dès cet instant que le patient se renseigne sur la pathologie à l'aide de brochures explicatives, de vidéos ou de programme en ligne. Selon Castaneda-Guarderas et al. (2016), la prise de décision partagée avec les patients ayant

des difficultés socio-économiques peut être inhibée par un différentiel de pouvoir perçu entre eux et les médecins. L'impact différentiel de pouvoir perçu peut se manifester dans divers modes de comportement des patients qui créent des obstacles importants à une communication efficace, avec pour résultat final une participation réduite du patient à la gestion des maladies. En l'absence de participation du patient, même un médecin empathique peut ne pas présenter les options qui conviennent le mieux aux préférences et aux valeurs du patient.

Troisièmement, les différentes options de traitement quant à leurs avantages et leurs inconvénients sont évaluées. (Gerber & Kraft, 2014) Quelques études ont explicitement exploré les informations souhaitées par les patients. Ils déclarent souhaiter vivement davantage d'informations sur les options de traitement et en particulier une meilleure compréhension du rapport coût-bénéfice des décisions concernant les médicaments (Kaminskiy et al., 2017).

Une caractéristique déterminante de la décision partagée pour les usagers semble être l'importance d'être écouté et d'être soutenu pour s'exprimer dans les rencontres avec les praticiens de la santé mentale. Les aspects relatifs au sentiment de pouvoir prendre la décision ou d'avoir la responsabilité et l'appropriation de la décision finale sont considérés comme moins importants. Les patients reconnaissent que pour permettre des conversations significatives et parvenir à une prise de décision partagée, des efforts et de l'énergie sont nécessaires. Cela prend la forme d'une préparation cognitive à la consultation, d'une recherche active d'informations et d'un retour d'information, et d'une participation active aux conversations en cours. Pour y parvenir, il faut se considérer comme compétent et capable de s'exprimer. L'implication d'un patient peut s'avérer



payante : les patients davantage impliqués par les professionnels peuvent avoir une plus grande satisfaction (Kaminskiy et al., 2017).

Il est important de prendre en compte la culture du patient lors de la mise en place de la prise de décision partagée. Comprendre l'acculturation et la nativité comme des facteurs influençant les préférences individuelles au sein des groupes peut avoir un impact sur la préférence décisionnelle d'un patient. Des personnes d'origines culturelles et religieuses différentes peuvent avoir des normes, des valeurs, des modes de communication, des croyances sur la santé et la maladie et des approches différentes en matière de prise de décision. Certaines cultures inculquent une confiance totale dans le jugement de leur guérisseur traditionnel ou de leur médecin, ce qui rend la prise de décision partagée inefficace dans cette population (Castaneda-Guarderas et al., 2016).

## **Concepts**

### **Qualité de vie**

Il n'y a, à ce jour, pas de définition consensuelle sur la qualité de vie au vu de la complexité du concept. L'OMS propose une définition de la qualité de vie : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » L'éducation thérapeutique donnée au patient dans le contexte de la maladie chronique se fait en fonction de la qualité de vie qui a été préalablement évaluée. Prendre en compte cette notion dans l'enseignement favorise fortement l'adhésion du patient à son traitement. (Formarier, 2012)

Le concept de la qualité de vie est utilisé comme un instrument de mesure du bien-être de la population. Ce dernier dépend de notions subjectives telles que la santé, la

formation, la qualité de l'environnement, la sécurité personnelle, l'engagement civique, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, mais aussi de conditions de vie matérielles comme le revenu ou le travail, plus objectives. Il s'agit d'un concept aux multiples dimensions qui sont interdépendantes. (Office fédéral de la statistique, 2016)

### **Plan de crise conjoint**

Il s'agit d'un outil permettant d'anticiper les décisions à prendre dans le domaine de la santé mentale en cas de crise (CHUV, 2020). Il est élaboré, en collaboration, par les patients, les professionnels et les proches. Ces derniers peuvent venir atténuer les angoisses d'envahissement du patient et jouer un rôle de médiateur qui le rassure face à la possible puissance du soignant.

Il s'appuie non plus sur la notion de durabilité, mais sur celle de tiercéité, plus adaptée à des psychopathologies aussi graves que la psychose, ou les troubles graves de la personnalité, dans lesquels la question de la menace et de l'envahissement que peut représenter l'autre peut vite devenir centrale dans les moments de crise. Sa rédaction est faisable dans n'importe quel contexte de soins, sans restriction diagnostique, si ce n'est la présence de troubles cognitifs, de déficience intellectuelle et de démence (Ferrari & Suter, 2018).

Le PCC permet de mieux comprendre le patient et de mieux savoir que faire en cas de crise. Il diminue le risque de ré-hospitalisation et doit nous inciter à améliorer le délai de réaction à la fois des médiateurs et des soignants. C'est un moyen de prévenir ces hospitalisations à répétition en repérant notamment les moments pendant lesquels la personne est le plus à risque d'aller mal.

Le patient et le médiateur partagent l'impression que le plan de crise conjoint peut représenter une source d'étayage et une véritable opportunité de mieux prendre en charge le trouble psychique. Il accorde plus de pouvoir d'autonomie au patient ainsi qu'à son entourage. Le plan de crise conjoint représente aussi un paradigme nouveau qui s'éloigne des modalités relationnelles qui existent souvent entre les soignants et le patient. (Bartolomei et al., 2012)

## Méthode

### **Argumentation du devis de recherche**

Ce travail de Bachelor en soins infirmiers consiste en une revue de littérature étoffée. Ce devis permet de répondre à une question de recherche liée à une problématique tout en se basant sur l'analyse et la synthèse de différentes études scientifiques à l'aide d'une grille d'analyse d'articles. Le devis de recherche est un plan d'ensemble qui précise les activités à accomplir ou les conditions particulières à appliquer dans la conduite de la recherche pour répondre aux questions de recherche ou pour vérifier des hypothèses. (Fortin & Gagnon, 2016)

La revue de littérature consiste en la recension des différentes recherches déjà effectuées sur un sujet défini. C'est une évaluation critique des développements de la recherche dans un domaine spécialisé (MontréalPolytechnique, 2020).

### **Méthode de recherche documentaire**

La recherche scientifique se définit comme une « démarche systématique d'acquisition de connaissances qui repose sur la collecte de données empiriques en vue d'écrire, d'expliquer, de prédire ou de contrôler des phénomènes » (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans cet ouvrage, la méthode PICO a été utilisée afin d'avoir une question de problématique précise et de permettre une recherche ciblée.

- Population : adulte
- Interventions : interventions infirmières pouvant influencer la satisfaction
- Contexte : psychiatrie

- Outcomes : satisfaction des patients

Les bases de données utilisées pour trouver les articles sont : PubMed et PsycInfo.

Chaque base de données possède son thésaurus, c'est-à-dire des mots-clefs spécifiques. Les mots on MeSH ont été traduits du français à l'anglais grâce au site HEtop.

Tableau 1 : mots clés et termes MeSH

Question de recherche		MESH français	MESH anglais
<b>P</b>	Adultes	- Adulte - Enfant majeur	- Adult - Adult children
<b>I</b>	Interventions infirmières pouvant influencer la satisfaction des patients	- Interventions infirmières - Satisfaction des patients - Améliorer	- Nursing care - Patient satisfaction - Client satisfaction - Improve
<b>Co</b>	Psychiatrie aiguë	- Psychiatrie - Psychiatres	- Psychiatry - Mental health services

### Critères d'inclusion

- Article datant dès 2010
- Population adulte (18 à 65 ans)
- Article en anglais et français

### Critères d'exclusion

- Article datant avant 2010
- Population infantile, adolescente, âgée
- Review/systematic review

### Stratégies de recherche

Les articles retenus qui ont permis d'effectuer cette revue de littérature sont en lien avec la satisfaction des patients en psychiatrie, que le contexte soit aigu ou chronique. Les différentes stratégies de recherche pour trouver ces différents articles sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

#### Stratégie de recherche n°1

<b>Banque de données</b>	APA PsycInfo
<b>Technique</b>	Client satisfaction AND mental health services
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	341
<b>Filtres</b> : années (past 5 years), sujet (mental disorders)	
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	6 dont 1 sélectionné
<b>Articles sélectionnés</b>	Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (January 01, 2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. <i>Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie</i> , 63, 2, 103-114.

### Stratégie de recherche n°2

<b>Banque de données</b>	APA PsycInfo
<b>Technique</b>	Client satisfaction AND mental health services
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	341
<b>Filtres</b> : années (past 5 years), sujet (outpatient treatment)	
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	3 dont 1 sélectionné
<b>Articles sélectionnés</b>	Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., Moretti, P., ... Pauselli, L. (July 01, 2018). Predictors of Client Satisfaction with Outpatient Mental Health Clinic Services in Italy and New York. <i>Community Mental Health Journal</i> , 54, 5, 562-570.

### Stratégie de recherche n°3

<b>Banque de données</b>	APA PsycInfo
<b>Technique</b>	Psychiatric hospital discharge AND client satisfaction
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	8
<b>Filtres</b> : années (past 5 years)	
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	1
<b>Articles sélectionnés</b>	Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di, D. B., Giorgi, F., Landi, L., ... Proietti, M. G. (December 01, 2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26, 4456-4466.



#### Stratégie de recherche n°4

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	"Mental Disorders/nursing"[MeSH] AND "Nurse-Patient Relations"[MeSH] AND "Emergency service [MeSH]
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	38
<b>Filtres</b> : années (10 years),	
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	18, dont 1 sélectionné
<b>Articles sélectionnés</b>	Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (May 01, 2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. <i>International Emergency Nursing</i> , 26, 14-19.

#### Stratégie de recherche n° 5

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	"Decision Making"[MeSH] AND patient satisfaction[MeSH Terms] AND "Depressive Disorder, Major/therapy"[MAJR]
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	10
<b>Filtres</b> : aucun	
<b>Nombre d'articles trouvés</b>	10
<b>Articles sélectionnés</b>	Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (August 01, 2007). Effect of Mental Health Care and Shared Decision Making on Patient Satisfaction in a Community Sample of Patients with Depression. <i>Medical Care Research and Review</i> , 64, 4, 416-430.

**Stratégie de recherche n° 6**

Références de Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (January 01, 2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 63, 2, 103-114.

Article retenu : Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., Baranov, A., ... Sartorius, N. (August 01, 2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 8, 989-1003.

## Résultats

## **Méthodologie des articles**

### **Identification des articles**

Cette revue de littérature est composée de six articles qui ont des devis de recherche différents. Leur date de publication est comprise entre 2007 et 2018. Cinq d'entre eux ont un devis quantitatif (M. Fortin, Bamvita, & Fleury, 2018; Krupchanka et al., 2017; Pauselli et al., 2018; Swanson, Bastani, Rubenstein, Meredith, & Ford, 2007; Virgolesi et al., 2017). Quatre de ces articles sont des études transversales (M. Fortin et al., 2018; Krupchanka et al., 2017; Pauselli et al., 2018; Swanson et al., 2007), et une d'entre elles a utilisé un modèle corrélationnel prospectif. (Virgolesi et al., 2017) Enfin, la sixième étude retenue est de devis qualitatif (Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell, 2016), il s'agit d'une étude secondaire.

**Objectifs des articles.** La première étude transversale (M. Fortin et al., 2018) avait pour objectif d'évaluer la satisfaction des patients adultes qui ont reçu des services de santé mentale dans des réseaux de soins composés de professionnels multidisciplinaires et d'identifier les variables associées à la satisfaction des patients.

L'objectif de la deuxième étude (Krupchanka et al., 2017) est d'explorer la satisfaction des personnes traitées dans les établissements hospitaliers de santé mentale. Les auteurs veulent acquérir de l'expérience sur l'utilisation et la faisabilité d'un questionnaire qui évalue le service du point de vue des patients en milieu clinique. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme des jeunes psychiatres de l'Association pour améliorer les programmes de santé mentale (AIMHP). Les questions suivantes étaient posées aux participants : pensez-vous que votre séjour à l'hôpital a été bénéfique ? Comment avez-vous été satisfait du personnel ? Avez-vous l'impression d'avoir subi des dommages

pendant votre séjour à l'hôpital ? Vos préférences et vos droits individuels ont-ils été pris en compte ? Votre droit à la confidentialité est-il respecté ?

Quant à la troisième étude (Pauselli et al., 2018), elle évalue les facteurs associés à la satisfaction des patients dans deux établissements de soins ambulatoires de santé mentale en Italie et aux USA. Les variables sociodémographiques et cliniques, l'espoir et les caractéristiques de la personnalité ont été évalués chez les participants.

L'étude réalisée par Swanson et al. (2007) a cherché à comprendre si la prise de décision partagée et/ou le fait de recevoir des soins de santé mentale étaient associées à la satisfaction des patients souffrant de dépression et à déterminer si le genre modifiait cette relation. Les trois questions auxquelles l'étude a pour but de répondre traitent de ces associations.

Virgolesi et al. (2017) ont voulu observer dans quelle mesure un plan de sortie organisé par le personnel soignant est efficace pour promouvoir l'observance thérapeutique et améliorer la satisfaction des patients par rapport à : leurs traitements, la base des interventions, l'information donnée par le personnel soignant, la distribution directe de médicaments à l'hôpital et les appels téléphoniques de suivi.

Enfin, la sixième étude, de devis qualitatif de Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell (2017) avait pour objectif principal de décrire les perceptions des visites aux urgences par les personnes en détresse émotionnelle, en identifiant des thèmes qui peuvent orienter les interventions infirmières minimisant le stress et optimisant les résultats dans le traitement de l'urgence psychiatrique.

### **Caractéristiques des articles**

**Population.** Dans les études à devis quantitatif, l'échantillon variait de 135 (Virgolesi et al., 2017) à 1481 (Swanson et al., 2007) participants. L'âge médian variait de 33 ans (Virgolesi et al., 2017) à 48 ans (M. Fortin et al., 2018). L'échantillon était majoritairement féminin, avec un pourcentage allant de 44% (Krupchanka et al., 2017) à 75% (Swanson et al., 2007). Les femmes étaient en revanche minoritaires dans l'échantillon de Pauselli et al. (2018), avec un taux de 21%.

Dans l'étude secondaire de Harris et al. (2016), les 9 participants étaient âgés de 21 à 65 ans, majoritairement de sexe féminin également.

**Contexte de soins.** Les études s'inscrivent dans des contextes de soins variés. Une d'entre elles (Harris et al., 2016) s'intéresse à un service des urgences générales aux Etats-Unis, deux autres se déroulent dans un milieu ambulatoire, respectivement au Québec, en Italie et aux Etats-Unis (M. Fortin et al., 2018; Pauselli et al., 2018). Krupchanka et al. (2017) se sont intéressés au contexte hospitalier de 25 hôpitaux répartis sur 11 pays (Argentine, Bosnie, République Tchèque, Italie, Roumanie, Tunisie, Ouganda, Ukraine, Nigéria, Russie, Croatie). Une autre étude se déroule dans les hôpitaux de Rome, au sein de services nommés « Psychiatric Diagnosis and Treatment Services (PDTs) ». Il s'agit de services hospitaliers où les patients psychiatriques sont hospitalisés dès l'apparition de troubles ou pendant un épisode aigu de leur maladie (Virgolesi et al., 2017). Quant à Swanson et al. (2007), le contexte de soins où se déroule l'étude n'est pas très clair. Cela se passe aux Etats-Unis, dans 108 cabinets au sein de 11 organisations de soins de santé de proximité.

**Forces et limites.** Virgolesi et al. (2017) rapportent que les limites rencontrées étaient la taille de l'échantillon jugée relativement petite à cause du nombre de critères d'inclusion. De plus, l'analyse du taux d'adhésion et de réadmission du patient dans l'unité concernée n'était pas comparée avec des cas-témoins.

Swanson et al. (2007) relèvent que les conclusions de leur étude ne sont pas très généralisables à l'univers des patients dépressifs car il n'est pas possible de les appliquer aux participants ne répondant pas aux critères d'inclusion et aux personnes ne recevant pas de soins. De plus, les patients refusant de se soumettre à des tests de dépistage de la dépression ont été exclus de l'étude, les conclusions concernant une association positive entre le fait de recevoir des soins appropriés et la satisfaction pourrait être biaisée. Les auteurs relèvent les forces de leur étude : contribution à la littérature des services de santé sur la dépression, inclusion d'une évaluation de la prise de décision partagée et de soins de santé mentale dans une seule étude et le fait que la prise de décision partagée est un concept qui n'avait pas encore été étudié dans la littérature sur la dépression.

Krupchanka et al. (2017) déclarent qu'il est possible que les personnes interrogées aient eu tendance à se déclarer plus satisfaits car les données ont été collectées dans le cadre hospitalier et par le personnel médical. En outre, Il a été démontré que le taux de satisfaction est plus faible si les données sont collectées à domicile plutôt que dans les établissements. De plus, la collecte de données après la sortie peut entraîner un taux de non-réponse plus élevé et un biais car les répondants peuvent être différents des non répondants. La validité du concept de satisfaction a été remise en question car il recoupe d'autres mesures de résultats rapportées par les patients, telles que la qualité de vie subjective, les besoins et la qualité de la relation thérapeutique. Les forces relevées de

cette étude sont le fait qu'il s'agit de la 1<sup>ère</sup> étude internationale multicentrique spécifiquement axée sur la satisfaction des patients en matière de soins hospitaliers comme mesure de la qualité et du fonctionnement des services. Certains pays participant à l'étude n'ont jamais participé à une recherche similaire, l'étude fournit donc des informations uniques sur les services de santé mentale dans ces pays. De plus, la taille de l'échantillon pour cette analyse était relativement importante et diversifiée.

Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell (2016) ont souligné que la force de l'article est qu'il a été analysé de manière secondaire et qu'il a permis de décharger les participants en utilisant des données existantes pour répondre à de nouvelles questions. Cependant, l'étude a des limites, la première est que les questions ont été formulées à la base pour un cadre de traitement différent. Deuxièmement, les participants à l'étude initiale ont souvent rapporté leurs expériences de ce cadre alternatif, et non aux urgences. Par conséquent, les données peuvent ne pas inclure les expériences positives qu'ils ont vécues au service des urgences. Et troisièmement les données ne rapportent pas non plus d'informations sur la nature des expériences au service d'urgence évoquées (par exemple si le patient s'y est rendu seul ou non, contre sa volonté ou non).

Fortin et al. (2018) relèvent que l'étude est la 1<sup>ère</sup> à évaluer la satisfaction globale des patients en santé mentale et à tester simultanément plusieurs variables associées à la satisfaction des patients en utilisant le modèle comportemental d'Anderson. Dans cet article, cinq limites sont décrites. La première est que l'étude est transversale, il est donc impossible de faire des déductions causales sur les différents résultats. Ensuite, l'échantillon n'a pas été sélectionné au hasard, les scores de satisfaction ont donc été interprétés avec prudence, mais ils sont conformes à la littérature. La troisième limite est que la satisfaction est mesurée sur la base d'une seule question avec l'aide d'une échelle



de Likert à 5 points. Celle-ci ne permet pas d'étudier les sous-dimensions de la satisfaction. Quatrièmement, l'étude n'a pas évalué la satisfaction dans des cadres spécifiques tels que les organisations communautaires ou les hôpitaux, et les variables spécifiquement liées à la satisfaction des patients n'ont pas non plus été évaluées. Toutes ces questions pourraient constituer un sujet de recherche supplémentaire.

Pauselli et al. (2018) relèvent que les deux contextes ne sont pas nécessairement représentatifs des systèmes de santé mentale italiens ou américains. La force de l'étude est décrite par le fait qu'elle confirme que la satisfaction avec des services de santé mentale ambulatoires sont principalement influencés par des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs de personnalité plus que par des variables cliniques ou des modèles de soins. Les auteurs relèvent ce fait comme étant instructif, car les USA sont en train de passer à un modèle de « paiement basé sur la valeur ».

## **Ethique**

Fortin et al., (2018); Krupchanka et al., (2017); Virgolesi et al., (2017) ont tous les 3 fait signer un consentement éclairé aux participants de leurs études. Un des critères d'inclusion de l'échantillon de Pauselli et al., (2018) était que les participants devaient être capables de signer un consentement éclairé, mais il n'y a pas plus de précision. Swanson et al., (2007) et Harris et al., (2016) ne donnent pas d'indications dans leur étude sur un éventuel consentement signé par les participants.

Les études de Fortin et al., (2018); Harris et al., (2016); Krupchanka et al., (2017); Virgolesi et al. (2017) ont toutes été approuvées par un comité d'éthique. Pauselli et al. (2018) mentionnent uniquement qu'ils n'ont pas rencontré de conflit d'intérêts et quant à

l'approbation éthique de l'étude de Swanson et al. (2007), aucune indication n'est donnée.

### **Synthèse des résultats**

Après la sélection des six articles présentés ci-dessus, les résultats ont été classés en trois catégories : les facteurs favorables et défavorables à la satisfaction, ainsi que les interventions infirmières. L'appendice A a fourni une aide pour réaliser cette synthèse.

#### **Facteurs favorables**

Virgolesi et al. (2017) ont mis au point une échelle de satisfaction de l'information sur les médicaments (Satisfaction with Information about Medicine Scale ; SIMS). Elle se concentre sur la satisfaction du patient quant aux informations reçues du personnel sur les traitements. Les résultats de cette échelle ont montré que les patients avaient un bon niveau de satisfaction : pour chaque élément de l'échelle, le pourcentage de satisfaction était supérieur à 60%, sauf pour quatre items. De plus, grâce au questionnaire sur la satisfaction générale (General Satisfaction Questionnaire (GSQ)), ils ont pu démontrer une corrélation entre la satisfaction du patient et son adhésion au traitement ( $r= 0.235$ ,  $p = 0.008$ ). Il y avait une corrélation significative entre le niveau d'éducation et l'adhérence du patient ( $r=0.176$ ,  $p=0.048$ ). Les corrélations entre les items du questionnaire de satisfaction générale (GSQ) et l'adhésion ont montré que les patients qui ont le plus reçu d'informations sur leur état de santé ( $r=0.274$ ,  $p= 0.002$ ) et leur plan thérapeutique après leur sortie ( $r= 0.354$ ,  $p = 0.000$ ) ont montré un taux d'adhésion au traitement significativement meilleur.

Swanson et al. (2007) ont identifié trois variables associées positivement à la satisfaction : la qualité des soins de santé mentale ( $OR = 1.61$ ;  $p < 0.01$ ), la prise de décision partagée ( $OR = 2.93$ ;  $p < 0.001$ ) et la satisfaction de base ( $OR = 1.63$ ;  $p < 0.001$ ). Cela signifie que les patients qui sont impliqués dans les décisions relatives à leurs soins et qui reçoivent une explication de leurs problèmes de santé sur une période de 6 mois sont plus satisfaits de leurs soins que ceux qui n'étaient pas impliqués et qui ne recevaient pas d'explications. Les auteurs de cette étude avaient formulé l'hypothèse que le genre avait une influence sur la satisfaction quant à la qualité des soins, mais leur étude a réfuté cette hypothèse.

Pauselli et al. (2018), qui ont évalué les facteurs associés à la satisfaction des patients dans deux établissements de soins ambulatoires de santé mentale en Italie et aux USA, ont démontré une association statistiquement significative entre le niveau de satisfaction et les variables suivantes : (1) recevoir des services du OCMH (Outpatient Center for Mental Health de New-York) ( $p = 0.008$ ), (2) être plus âgé ( $p = 0.0320$ ), (3) être en couple et ne pas être marié ( $p = 0.063$ ), (4) avoir un nombre inférieur de jours de maladie dans le mois précédent ( $p = 0.002$ ), (5) avoir un niveau inférieur de détresse mentale au cours du mois précédent l'entretien ( $p = 0.004$ ), (6) avoir un score plus élevé pour toutes les sous-échelles de l'IHH ( $p < 0.001$ ), (7) avoir un score à l'échelle NEO-FFI-3 plus faible pour le névrotisme ( $p = 0.025$ ) et plus élevé pour (8) l'extraversion ( $p = 0.008$ ), (9) l'ouverture ( $p = 0.049$ ), (10) l'amabilité ( $p < 0.001$ ) et (11) la conscience ( $p = 0.005$ ).

### **Facteurs défavorables**

L'étude internationale de Krupchanka et al. (2017) a obtenu un résultat qualifié d'« aberrant » en termes de proportion de patients insatisfaits dans un des sites nigérian et en Tunisie. En effet, sur le premier site, 93% des participants se disent « insatisfaits », c'est-à-dire que leur score de satisfaction total se situe dans le quartile inférieur. Il n'y a pas d'indications sur le pourcentage précis de patients insatisfaits en Tunisie, mais en observant les graphiques, on constate que ce dernier se situe approximativement à 70%. Suite à ce constat, les auteurs ont comparé les caractéristiques de ces deux sites avec celles des autres, et la différence la plus notable était la proportion élevée de patients en placement à des fins d'assistance dans les sites à faible satisfaction : 83% dans le site nigérian et 76% en Tunisie.

Toujours dans la même étude, les auteurs ont associé la faible satisfaction aux co-variables de niveau individuel suivantes : être célibataire ( $p = 0.09$ ), être au chômage ( $p = 0.04$ ), avoir un diagnostic de schizophrénie ( $p = 0.07$ ). La seule caractéristique institutionnelle qui était associée à une faible satisfaction était un faible ratio psychiatre/patient ( $p = 0.04$ )

Fortin et al. (2018) ont quant à eux démontré que les facteurs associés négativement à la satisfaction des patients sont les suivants : l'hospitalisation ( $p = < 0.001$ ) et le nombre de besoins, inversement proportionnel au niveau de satisfaction ( $p = < 0.001$ ).

### **Interventions infirmières**

L'étude de Harris et al. (2016) a démontré les perceptions des patients en détresse émotionnelle aux urgences. Cette étude de devis qualitatif a ressorti trois thèmes principaux dans les réponses des participants : « les urgences sont froides et cliniques », « ils vous parlent comme à un fou », « on vous enferme contre votre gré ». Les patients ont rapporté une grande incertitude quant aux gestes que l'infirmière va faire, en raison d'un manque d'explications. Le stress et le sentiment de perte de contrôle ont également été exacerbés par l'utilisation d'un jargon médical inconnu pour les patients. De plus, le manque d'intimité provoqué par les rideaux ou les portes restés ouverts a été vécu comme intrusif et stressant. La détresse a été accrue par les longs délais d'attente et la non-disponibilité des soignants.

Certains participants à l'étude ont également déclaré que le manque de contact visuel a été perçu comme le fait que le personnel ne se soucie pas de ses patients.

Lorsque les patients formulent « on vous enferme contre votre gré », ils font référence ici aux procédures standards appliquées pour garantir leur sécurité. Cependant, ils rapportent également qu'ils ne se sentent pas libres d'exprimer toutes leurs pensées, dans la crainte d'être soumis à des mesures d'isolement plus strictes encore.

## Discussion

Ce dernier chapitre présente l'interprétation des résultats et répond à la question de recherche préalablement citée. Des recommandations pour la pratique infirmière et pour la recherche sont ensuite exposées. Enfin, les forces et limites de cette revue de littérature sont nommées.

## **Interprétation des résultats**

### **Liens avec les différents concepts**

Nous avons choisi comme concepts la qualité de vie, ainsi que le plan de crise conjoint (PCC). Malheureusement, ce dernier n'est traité dans aucun des articles sélectionnés pour l'analyse, ni une quelconque alternative. L'étude de Harris et al. (2016), en traitant de la perception des patients dans un contexte d'urgence psychiatrique, aurait facilement pu intégrer ce concept au vu de ses propriétés et objectifs. En effet, la mise en place d'un tel outil peut considérablement améliorer l'autonomie du patient en période de crise et diminuer son ampleur grâce à une tierce personne de confiance choisie préalablement par le patient et qui peut « désamorcer » une situation compliquée. De plus, l'étude de Swanson et al. (2007) aurait également pu traiter du plan de crise conjoint en l'intégrant dans la prise de décision partagée. En effet, ces deux aspects sont complémentaires car ils placent le patient au centre de sa prise en soins en lui permettant d'acquérir plus d'autonomie face à sa maladie. Le PCC aurait pu être un plus à l'étude de Virgolesi et al. (2017) qui traite notamment de l'adhérence au traitement, toujours dans l'idée de responsabiliser le patient face à ses traitements et à ses potentiels moments de crise. Durant de telles périodes, l'adhérence peut être diminuée, entraînant ainsi un cercle vicieux entre cette dernière et la satisfaction, et le PCC pourrait jouer un

rôle pour diminuer les conséquences de la crise. Krupchanka et al. (2017) ont mis en avant l'influence de l'hospitalisation sous contrainte sur la satisfaction. Or, selon le CHUV (2020), la mise en place d'un PCC favorise la diminution de ce type d'hospitalisation.

En Suisse, cet outil est encore relativement peu connu et implanté de manière très hétérogène, malgré que son utilisation soit recommandée par la filière de psychiatrie cantonale adulte. Les obstacles à son implantation sont le manque de sens perçu et d'appropriation de la démarche, l'absence d'informations, de formation et de processus d'implantation, de même qu'une difficulté d'accessibilité en cas de besoin. (Ferrari & Suter, 2018).

### **Facteurs favorables et défavorables**

Virgolesi et al. (2017), Pauselli et al. (2018) et Krupchanka et al. (2017) ont tous les trois relevé de nombreux facteurs sociodémographiques comme étant des facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients. Ils mentionnent respectivement le genre, l'état civil, le niveau d'éducation, l'âge, le lieu de réception des soins, le statut professionnel et le diagnostic. Tous ces facteurs propres à chacun ont certes une influence sur la satisfaction, mais aucun intervenant du milieu médical, ni les patients, n'ont la possibilité de les modifier. La littérature est donc relativement avare d'interventions infirmières concrètes qui peuvent influencer la satisfaction.

Krupchanka et al. (2017) ont évalué la satisfaction avec 5 questions : pensez-vous que votre séjour à l'hôpital a été bénéfique ? Comment avez-vous été satisfait du personnel ? Avez-vous l'impression d'avoir subi des dommages pendant votre séjour à l'hôpital ? Vos préférences et vos droits individuels ont-ils été pris en compte ? Votre droit à la confidentialité est-il respecté ? Les auteurs n'ont pas mentionné clairement les



scores à ces différentes questions, pourtant cela aurait pu être davantage démonstratif de ce que les patients pensaient de tel ou tel aspect de leurs soins.

Les scores obtenus au questionnaire général sur la satisfaction (General Satisfaction Questionnaire (GSQ)) de Virgolesi et al. (2017) ne sont pas non plus disponibles pour les lecteurs. Le questionnaire comportait des items tels que « avez-vous reçu des informations claires et complètes sur votre état de santé ? » et « avez-vous reçu des informations claires et complètes sur les avantages et les effets indésirables des traitements que vous prenez ? ». Les auteurs les ont utilisés pour faire des corrélations avec d'autres outils de mesure, mais il aurait également été utile d'avoir les résultats à disposition pour se rendre compte de manière plus claire de la satisfaction des patients quant à ces items-là.

### **Prise de décision partagée**

Dans notre pratique professionnelle, nous nous rendons compte de l'importance d'informer le patient quant à son diagnostic, ses traitements, son pronostic, etc., tant en milieu psychiatrique que somatique. La réalité du terrain veut que cet apport d'informations n'est pas toujours optimal. En effet, le personnel médical n'a pas toujours assez de temps à sa disposition pour fournir aux patients l'ensemble de ces données. De plus, on peut aisément constater que certains prestataires de soins adoptent encore une approche paternaliste, c'est-à-dire que les soignants « savent ce qui est bon pour le patient », alors que la tendance actuelle penche plutôt vers « le patient sait ce qui est bon pour lui ». Selon Kaminskiy et al. (2017), les psychiatres ont tendance à oublier l'impératif éthique d'impliquer les patients dans des décisions sensibles aux préférences. Ils rappellent la maturité du patient et que les décisions relatives à la vie des personnes

qui utilisent les services de santé mentale sont personnelles et nécessitent une aide à la décision équilibrée plutôt que du paternalisme. De plus, les professionnels ont des points de vue différents sur la façon dont ils voient leurs patients. Par exemple, ils les considèrent comme des patients manquant de perspicacité, ou comme des patients dont la validité des opinions et des expériences est douteuse, etc. Ces divergences peuvent conduire à des opinions ambivalentes sur leur participation à la prise de décision. Certains patients déclarent souvent que leurs opinions sont considérées comme moins importantes ou moins valorisées que celles des praticiens.

Pour finir, la mise en place d'une prise de décision partagée permet d'éviter des situations telles que la pratique coercitive ou l'usage forcé de médicaments.

## **Recommandations**

### **Pour la recherche**

Les futures recherches devraient davantage s'axer sur la recherche d'interventions infirmières concrètes, malgré que la littérature ne soit que peu fournie sur le thème de la satisfaction dans le milieu de la psychiatrie.

L'échantillon des futurs travaux devrait être plus précis en termes de pathologies, d'âge et de milieu de soins (ambulatoire, hospitalier, aigu). Davantage de facteurs favorables et défavorables à la satisfaction devraient être identifiés, hormis les caractéristiques sociodémographiques propres à chaque patient.

Il serait intéressant de cibler davantage les articles avec un devis qualitatif, afin d'avoir des résultats qui s'orientent plus vers les perceptions ou les sentiments de chacun en

lien avec la satisfaction. Toutefois, les échelles sont également de bons moyens de la mesurer, traduisant un devis plutôt quantitatif. En lien avec les différentes échelles, il serait intéressant pour les futurs travaux de faire une sélection de celles qui sont le plus utilisées et les plus pertinentes, au vu de la grande quantité déjà disponible.

### **Pour la pratique infirmière**

Comme l'a relevé l'étude de Harris et al. (2016), le comportement des infirmières influence beaucoup la satisfaction et l'expérience des patients dans le service d'urgences. Nous pouvons sans risque transférer cette conclusion aux services de psychiatrie ambulatoires et hospitaliers. L'adoption d'une attitude favorisant la confiance et l'établissement d'une alliance thérapeutique favorise positivement la satisfaction des patients à l'égard des soins.

Virgolesi et al. (2017) ont mis en avant l'importance de la qualité des informations données aux patients, notamment quant au traitement médicamenteux. Cela influence le taux d'adhésion, et par conséquent la satisfaction. Nous pouvons facilement déduire que ces deux éléments forment ensemble un cercle, la satisfaction influençant l'adhésion et vice-versa.

De plus, nous trouvons pertinent d'ajouter que comme bon nombre d'études l'ont souligné (Fortin et al., 2018; Krupchanka et al., 2017; Pauselli et al., 2018), les caractéristiques sociodémographiques des patients ont leur rôle à part entière dans leur taux de satisfaction. Pour l'infirmière, le fait de réaliser régulièrement des entretiens avec le patient et de favoriser un lien de confiance permet de connaître ces différentes caractéristiques et de pouvoir les prendre en compte lorsqu'elle évalue la satisfaction.

### **Forces et limites**

Il y a quelques limites à relever dans l'élaboration de cette revue. Il s'agit d'un premier travail dans le domaine de la recherche en sciences infirmières. La méthodologie a été respectée au mieux, malgré les difficultés rencontrées. Le temps imparti pour écrire ce travail était inférieur à celui des études scientifiques standards, ce qui fait que leur qualité méthodologique et leurs contenus peuvent difficilement être comparés. Le nombre d'articles pouvant être sélectionnés était d'ailleurs limité à 3 par auteur, donc 6 au total dans le présent travail. La langue des articles sélectionnés étant l'anglais, certains termes ont pu être traduits de manière imprécise, de même que les analyses statistiques réalisées peuvent avoir été comprises de manière incorrecte.

Les stratégies de recherche sur les différentes bases de données n'ont potentiellement pas été menées de manière optimale, notamment quant à l'utilisation des différents filtres disponibles. De ce fait, certains articles pertinents pour répondre à la question de recherche sont potentiellement passés inaperçus.

Les articles sélectionnés pour cette revue de littérature non systématique ont été réalisés dans de nombreux pays variés, ce qui permet de généraliser les résultats à une plus grande échelle. De plus, les échantillons des études étaient la plupart du temps conséquents, sauf celui de Harris et al. (2016) qui ne comportait que 9 patients. Les différents échantillons étaient composés de participants d'un âge variable. De ce fait, la « fourchette d'âge » couverte était importante.

Les articles étaient relativement récents, allant de 2016 (Harris et al., 2016) à 2018 (M. Fortin et al., 2018; Pauselli et al., 2018), à l'exception de l'article de Swanson et al., qui était de 2007. Ces différentes ressources faisaient état de nombreux facteurs

favorables et défavorables à la satisfaction. Toutefois, aucune intervention infirmière concrète n'est proposée, amenant à des difficultés quant à la mise en place d'interventions EBN et pour répondre à la question de recherche de manière précise.

## **Conclusion**

Cette revue de littérature a cherché à démontrer quelles interventions infirmières avaient une influence sur la satisfaction des patients en milieu psychiatrique. La question de recherche n'a pas trouvé de réponse claire, au vu de la carence en données sur ce thème dans les différentes bases de données disponibles.

Toutefois, nous avons réussi à isoler les facteurs les plus déterminants qui jouent un rôle quant au taux de satisfaction des patients. Parmi eux figurent entre autres de nombreux facteurs sociodémographiques, ainsi que la prise de décision partagée. Les personnes sans éducation, sans emploi, sans assurance, sans papiers ou non domiciliées se heurtent à des obstacles pratiques et comportementaux pour obtenir des soins de qualité. Ces obstacles peuvent affecter l'état de santé des patients, leur accès aux soins médicaux et leur capacité à s'orienter dans le système de santé. Les désavantages socio-économiques peuvent également affecter la capacité des patients à participer à la prise de décision et à exprimer leurs valeurs et leurs préférences (Castaneda-Guarderas et al., 2016).

La réalisation de cette thèse de Bachelor a permis d'acquérir des compétences quant à la recherche et l'écriture scientifiques, à l'analyse critique et au résumé d'un article provenant d'une base de données. De plus, des compétences en rapport avec la réflexivité et la critique ont été développées durant cette période de fin de formation.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour étayer davantage la problématique, surtout au niveau des interventions infirmières concrètes afin de pouvoir mettre en place des interventions EBN dans la pratique.

## Références

- Bartolomei, J., Blochet Bardet, A., Ortiz, N., Etter, M., Etter, J.-F., & Rey-Bellet, P. (2012). Le plan de crise conjoint : familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 1, 58–64.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Castaneda-Guarderas, A., Glassberg, J., Grudzen, C. R., Ngai, K. M., Samuels-Kalow, M. E., Shelton, E., ... Richardson, L. D. (2016). Shared Decision Making With Vulnerable Populations in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 23(12), 1410–1416. <https://doi.org/10.1111/acem.13134>
- CHUV. (2020). Prix d'excellence pour les projets du Plan de crise conjoint du canton de Vaud. Retrieved from <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/liste-des-actualites/archives-du-dp/prix-dexcellence-pour-les-projets-du-plan-de-crise-conjoint-du-canton-de-vaud/>
- Confédération suisse. (2016). *Mesures prévues pour la santé psychique en Suisse Rapport en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États ( CSSS-CE ) Sommaire.*
- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes* (M. : J. & B. L. Sudbury, Ed.).
- Ferrari, P., & Suter, C. (2018). *Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement.* Retrieved from [https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2018/12/publication\\_11-pcc.pdf](https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2018/12/publication_11-pcc.pdf)
- Formarier, M. (2012). QUALITÉ DE VIE Monique Formarier. In *Les concepts en sciences*



*infirmières* (pp. 260–262).

Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (C. Éducation, Ed.).

Fortin, M., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 103–114. <https://doi.org/10.1177/0706743717737030>

Gerber, M., & Kraft, E. (2014). Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 1883–1889.

Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, 26, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004>

Kaminskiy, E., Senner, S., & Hamann, J. (2017). Attitudes towards shared decision making in mental health: A qualitative synthesis. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 233–256. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0003>

Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., ... Sartorius, N. (2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 989–1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1366-0>

Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 30–39.

<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>

Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100(August 2017), 33–46.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.014>

MontréalPolytechnique. (2020). Qu'est-ce qu'une revue de littérature ? Retrieved from [https://guides.biblio.polymtl.ca/revue\\_de\\_litterature](https://guides.biblio.polymtl.ca/revue_de_litterature)

Office fédéral de la statistique. (2016). indicateurs-qualite-vie @ [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch). Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/indicateurs-qualite-vie.html>

Office fédéral de la statistique. (2019). Patients, hospitalisations. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux/patients-hospitalisations.html>

OMS. (2020). Santé mentale. Retrieved from [https://www.who.int/topics/mental\\_health/fr/#:~:text=La santé mentale fait l,une absence de maladie ou](https://www.who.int/topics/mental_health/fr/#:~:text=La santé mentale fait l,une absence de maladie ou)

Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., ... Compton, M. T. (2018). Predictors of Client Satisfaction with Outpatient Mental Health Clinic Services in Italy and New York. *Community Mental Health Journal*, 54(5), 562–570. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0196-6>

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). La santé psychique en Suisse - Monitoring 2016. In ... *Observatoire suisse de la santé* .... Retrieved from

<http://biblio.parlament.ch/e-docs/147363.pdf>

Stähelin, P. (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin* ( 10 . 3255 ).

Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (2007). Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 416–430. <https://doi.org/10.1177/1077558707299479>

Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di Donato, B., Giorgi, F., ... Proietti, M. G. (2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4456–4466. <https://doi.org/10.1111/jocn.13776>

## **Appendices**

**Appendice A : déclaration d'authenticité**

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées. »

Fribourg, le 9 juillet 2020

Joana Grand

Samanta Bossel

## Appendice B : tableau de synthèse des principaux résultats

Auteurs	Objectifs ou QDR	Devis	Contexte et participants	Intervention ou instruments	Résultats
Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., Baranov, A., ... Sartorius, N. (August 01, 2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 52, 8, 989-1003.	Explorer la satisfaction des personnes traitées dans les établissements hospitaliers de santé mentale. Les auteurs veulent acquérir de l'expérience sur l'utilisation et la faisabilité d'un questionnaire qui évalue le service du point de vue des patients en milieu clinique.	Quantitatif	<b>Echantillon :</b> 701 patients recrutés sur 25 sites de 11 pays. L'échantillon cible était de 30 patients/établissement. Après exclusion de 28, 673 patients ont participé à l'étude. Ils ont été exclus car il manquait des données pour un ou plusieurs éléments du questionnaire de satisfaction.	<p>Mesure de la satisfaction par un questionnaire en 5 points. Chaque question a été traduite dans la langue locale. Les questions suivantes étaient posées aux participants : pensez-vous que votre séjour à l'hôpital a été bénéfique ? Comment avez-vous été satisfait du personnel ? Avez-vous l'impression d'avoir subi des dommages pendant votre séjour à l'hôpital ? Vos préférences et vos droits individuels ont-ils été pris en compte ? Votre droit à la confidentialité est-il respecté ?<sup>1</sup></p> <p>Pour chaque question, le patient a évalué sa satisfaction sur une échelle analogique (tracer une croix sur la ligne « pas du tout » à « beaucoup »). Conversion de la réponse en valeur numérique de 0 à 10.</p> <p>Pour mesurer la satisfaction globale de chaque participant, les auteurs ont additionné les scores pour les 5 questions, de telle sorte</p>	<p>Divisés en 3 catégories :</p> <p><b>Présentation des caractéristiques de l'échantillon.</b></p> <p><b>Satisfaction des patients :</b> Les scores étaient très biaisés vers le haut de l'échelle, avec un score médian (sur un maximum de 50) de 44 (IQR 38-48). Les scores de satisfaction par site sont résumés dans un tableau avec des médianes allant de 31 (IQR 28-35) dans l'un des sites nigériens à 48 (IQR 43-49) en Argentine. La proportion de patients « peu satisfaits », c'est-à-dire les patients dont le score de satisfaction totale se situe dans le quartile inférieur varie de 0% dans l'un des sites croates, à 93% dans l'un des sites nigériens avec une médiane de 23% (IQR 11%-29%). 2 cas aberrants avec :</p>

Pays : Argentine, Bosnie, République Tchèque, Italie, Roumanie, Tunisie, Ouganda, Ukraine, Nigéria, Russie, Croatie				<p>que pour chaque question des scores plus faibles indiquaient une satisfaction moindre (fourchette de 0 à 50).</p> <p>Une variable binaire de « faible satisfaction » a été dérivée, définie comme ayant un score total se situant dans le quartile inférieur. Les auteurs ont ensuite calculé la proportion de patients se situant dans ce quartile et ont examiné les corrélats de « faible satisfaction » au niveau individuel et des sites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une forte proportion de patients se déclarant « peu satisfaits » (Nigeria 2, Tunisie)</li> <li>- Une absence de patients se déclarant « peu satisfaits » (Croatie 3 et 4)</li> </ul> <p>Comparaison des caractéristiques de ces 4 sites avec celles des autres sites : différence la plus notable était la proportion élevée de patients en placement à des fins d'assistance dans les sites à faible satisfaction (83% dans le site nigérian et 76% en Tunisie)</p> <p><b>Corrélats de « faible satisfaction » :</b></p> <p>La faible satisfaction a été associée aux covariables de niveau individuel suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre célibataire</li> <li>- Etre au chômage</li> <li>- Avoir un diagnostic de schizophrénie</li> <li>- Etre en placement à des fins d'assistance</li> </ul> <p>La seule caractéristique au niveau institutionnel :</p> <p>Avoir un ratio psychiatre/patient plus faible</p>
---	--	--	--	---	---

<p>Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di, D. B., Giorgi, F., Landi, L., ... Proietti, M. G. (December 01, 2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26, 4 456-4466.</p>	<p>Observer dans quelle mesure un plan de sortie (=consultation infirmière de sortie) organisé par le personnel soignant est efficace pour promouvoir l'observance thérapeutique et améliorer la satisfaction des patients par rapport à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leurs traitements,</li> <li>- la base des interventions</li> <li>- l'information du personnel soignant,</li> <li>- la distribution directe de médicaments</li> <li>- des appels téléphoniques de suivi</li> </ul>	Quantitatif	<p><b>Echantillon :</b> 135 patients hospitalisés dans les services de diagnostic et de traitement (Psychiatric Diagnosis and Treatment Services (PDTs)) des hopitaux de Rome entre janvier et juin 2013. Les PDTs sont des services hospitaliers où les patients psychiatriques sont hospitalisés dès l'apparition de troubles ou pendant un épisode aigu de leur maladie. L'âge moyen des participants est de 33 ans.</p>	<p>Mise au point d'un questionnaire visant à saisir les caractéristiques sociodémographiques des patients (genre, âge, éducation, état civil)</p> <p>Echelle d'adhésion aux traitements de Morisky (MMAS-4) qui détecte le niveau d'adhésion au traitement prescrit</p> <p>Echelle de satisfaction de l'information sur les médicaments (Satisfaction with Information about Medicine Scale (SIMS)) : 17 éléments, se compose de 2 sous échelles, dont les éléments sont notés sur une échelle de Likert à 5 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sous-échelle d'action et d'utilisation</li> <li>- Sous-échelle des problèmes potentiels</li> </ul> <p>Questionnaire de satisfaction générale (General Satisfaction Questionnaire (GSQ)) pour analyser à la fois la satisfaction générale et le soutien reçu pour l'accès aux services. Il est spécifique aux patients psychiatriques hospitalisés et comprend 8 éléments évalués sur une échelle de Likert à 4 points.</p>	<p>Division en 4 catégories :</p> <p><b>Présentation des caractéristiques de l'échantillon.</b></p> <p><b>Scores moyens des échelles :</b></p> <p>Niveau de satisfaction moyen à élevé concernant les informations fournies par le personnel -&gt; Echelle SIMS</p> <p>Echelle d'adhésion aux traitements de Morisky (MMAS-4) : score moyen d'environ 2.87 sur 4 (Entre 0 et 2 : patient non adhérent, entre 3 et 4 : patient adhérent), écart-type 1.13</p> <p>Le score moyen d'adhésion des femmes est plus élevé que celui des hommes (femmes : moyenne 2.93/4, écart-type 1.27. Hommes : moyenne 2.79/4, écart-type 0.97)</p> <p>Les patients mariés/vivant avec un partenaire ont un taux d'adhésion plus élevé que les patients seuls (mariés : moyenne 3.31/4, écart-type 0.97. Seuls : moyenne 2.76/4, écart-type 1.15)</p> <p>Les patients ayant un niveau d'éducation + élevé présentaient des niveaux d'adhésion plus</p>
---	---	-------------	---	---	--



					<p>élevés (niveau éducation + élevé : moyenne 2.94/4, écart-type 1.03. Niveau d'éducation + bas : moyenne 2.75, écart-type 1.03)</p> <p>L'état civil a été le facteur le plus significatif quant à l'adhésion (<math>p = 0.018</math>), contrairement au genre et au niveau d'éducation (<math>p &gt; 0.05</math>)</p> <p><b>Satisfaction des patients pour les informations fournies par le personnel infirmier :</b></p> <p>Les résultats de l'échelle SIMS ont montré que les patients avaient un bon niveau de satisfaction :</p> <p>Pour chaque élément de l'échelle, le pourcentage de satisfaction était <math>&gt; 60\%</math>, sauf pour 4 questions.</p> <p>L'alpha de Crohnbach a montré une bonne cohérence interne de l'échelle, car pour chacun des points, il était <math>&gt; 0.7</math>.</p> <p><b>Corrélations avec l'adhésion :</b></p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le genre et l'état civil n'étaient pas</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>en corrélation significative avec l'observance du patient (<math>p &gt; 0.05</math>)</p> <p>Il y avait une corrélation significative entre le niveau d'éducation et l'adhérence du patient (<math>r = 0.176</math>, <math>p = 0.048</math>)</p> <p>Les corrélations entre les items du questionnaire de satisfaction générale (GSQ) et l'adhésion ont montré que les patients qui ont le plus reçu d'informations sur leur état de santé (<math>r = 0.274</math>, <math>p = 0.002</math>) et leur plan thérapeutique après leur sortie (<math>r = 0.354</math>, <math>p = 0.000</math>) ont montré un taux d'adhésion au traitement significativement meilleur.</p> <p>Une corrélation significative a été constatée entre l'adhésion des patients et la satisfaction pour les soins infirmiers reçus (GSQ ; <math>r = 0.235</math>, <math>p = 0.008</math>)</p> <p>Une corrélation significative a été constatée entre l'adhésion des patients et entre la fourniture d'informations sur les médicaments (<math>r = 0.203</math>, <math>p = 0.023</math>). Ce résultat a été confirmé par la corrélation significative entre le SIMS et le MMAS (<math>r = 0.208</math>, <math>p = 0.019</math>)</p>
--	--	--	--	--	--

					L'analyse de régression a montré que «la qualité des soins infirmiers reçus », la « satisfaction concernant l'information » le MMAS et le SIMS étaient des prédicteurs de ré-hospitalisation après la sortie de l'unité. Ces paramètres représentent 31.9% de la variabilité de la ré-hospitalisation.
Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (August 01, 2007). Effect of Mental Health Care and Shared Decision Making on Patient Satisfaction in a Community Sample of Patients with Depression. <i>Medical Care Research and</i>	Cette étude a cherché à comprendre si la prise de décision partagée et/ou la le fait de recevoir des soins de santé mentale étaient associées à la satisfaction des patients souffrant de dépression et à déterminer si le genre modifiait cette relation.	Quantitatif	<b>Echantillon</b> : taille au départ : 1481 patients, après 6 mois : 1317. Recrutement : fait dans 11 organisations de soins de santé réparties sur 4 sites, au sein desquels 108 cabinets ont été recrutés selon des critères d'éligibilité précis. Tous les patients recrutés ont été dépistés positif à la dépression et ont accepté de participer à l'étude.  75% des participants étaient des femmes	2 types de satisfaction sont mesurés au départ et au 6 <sup>ème</sup> mois : satisfaction à l'égard des soins de santé en général et la satisfaction à l'égard des soins de santé mentale  Les 2 types de satisfaction sont mesurés avec l'échelle de Likert : 1 = très insatisfait, 2 = insatisfait, 3 = ni satisfait ni insatisfait, 4 = satisfait, 5 = très satisfait  Les soins de santé mentale reçus pour une dépression ont été mesurés en demandant au patient, si dans les 6 derniers mois : prenaient des médicaments antidépresseurs (1), recevaient des conseils (2) ou les deux (3)  Parmi les autres variables construites utilisées dans cette	Cette étude a révélé que 2 mesures de la qualité des soins (soins de santé mentale et prise de décision partagée) sont d'importants prédicteurs indépendants de la satisfaction des patients en soins primaires souffrant de dépression majeure.  Cependant, les chercheurs n'ont pas trouvé que le genre avait une influence sur la satisfaction des patients quant à la qualité des soins. Révélation d'une association positive entre le partage des décisions et la satisfaction des patients.  ➔ Cela signifie que les patients qui sont impliqués dans les décisions relatives à leurs soins et qui reçoivent une explication de leurs

<p>Review, 64, 4, 416-430.</p>			<p>47% des participants étaient mariés</p> <p>64% avaient un emploi (plein temps/temps partiel)</p> <p>L'âge moyen de l'échantillon était de 45 ans</p> <p>43% des participants ont reçu des soins appropriés pour la dépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25.9% ont reçu des antidépresseurs</li> <li>- 27.6% ont suivi des thérapies</li> <li>- 10.2% ont reçu les deux</li> <li>- Sur l'échelle de décision partagée, les patients ont attribué à leur prestataire une note de 3.3 sur 5</li> </ul>	<p>étude figurent des échelles de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soutien social (mesuré à l'aide d'un sous-ensemble de 9 éléments d'une échelle de 19 éléments, développé par la Medical Outcome Study),</li> <li>- l'état de santé (mesuré à l'aide des échelles PCS12 et MCS 12 qui ont comme composantes la santé physique et mentale),</li> <li>- la symptomatologie de la dépression (mesurée par les symptômes et la fréquence de la dépression à l'aide d'une échelle de dépression (CES-D))</li> <li>- la consommation d'alcool (mesurée en multipliant le nombre de verres/jour par la fréquence (combien de fois a-t-on bu durant l'année))</li> </ul> <p>La prise de décision partagée au cours des 6 derniers mois a été évaluée en demandant aux patients de donner leur avis : (1) votre participation aux décisions quant à vos soins, (2) le choix des traitements pour vos problèmes et (3) les explications de vos problèmes de santé au cours des 6 derniers mois.</p>	<p>problèmes de santé sur une période de 6 mois sont plus satisfaits de leurs soins que ceux qui n'étaient pas impliqués et qui ne recevaient pas d'explications.</p>
--------------------------------	--	--	---	--	---

<p>Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., Moretti, P., ... Pauselli, L. (July 01, 2018). Predictors of Client Satisfaction with Outpatient Mental Health Clinic Services in Italy and New York. <i>Community Mental Health Journal</i>, 54, 5, 562-570.</p>	<p>Evaluer les facteurs associés à la satisfaction des patients dans 2 établissements de soins ambulatoires de santé mentale en Italie et aux USA.</p> <p>Les variables sociodémographiques et cliniques, l'espoir et les caractéristiques de la personnalité ont été évalués chez les participants.</p>	<p>Quantitatif</p>	<p><b>Echantillon</b> : 1 aux USA (63 participants), 1 en Italie (121 participants). 184 patients ont été recrutés entre le 1<sup>er</sup> juillet 2015 au 30 avril 2016. Âge moyen de 46.8 ans (EC 11.5 ans), 89% étaient des hommes</p>	<p>Les participants ont été évalués avec une enquête de 40 minutes comprenant plusieurs questionnaires auto-administrés :</p> <p><b>Le Healthy Days Core Module</b> (Module de base "journées en santé", traduction approximative) évalue la qualité de vie liée à la santé. Il mesure le nombre de jours que le patient a estimé que sa santé mentale ou physique était mauvaise, au cours des 30 derniers jours précédant le test, avec un maximum de 30 jours « malsains ».</p> <p><b>L'échelle de dépistage de Kessler</b> pour la détresse psychologique (K6) a demandé aux participants à quelle fréquence ils ont ressenti une détresse psychologique au cours des 30 derniers jours précédant le test</p> <p><b>L'enquête de satisfaction sur les services de Vérone</b> (Verona Service Satisfaction Survey (VSSS)) comporte 54 questions et couvre 7 dimensions : satisfaction générale, compétences et comportements des professionnels, informations, accès, efficacité, types d'interventions et implication des</p>	<p>Aucune différence significative n'a été constatée entre les échantillons italien et américain quant à l'âge, le sexe et la situation matrimoniale et professionnelle, alors que le nombre moyen d'années d'études accomplies étaient plus élevé dans le groupe américain.</p> <p>Les participants de New-York étaient plus nombreux à vivre seuls, les caractéristiques cliniques ne différaient pas, hormis la répartition entre les groupes de diagnostic et la fréquence des visites.</p> <p>L'échantillon américain a montré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des niveaux d'espoir statistiquement plus élevés (HHI <math>2.1 \pm 0.5</math> contre <math>1.8 \pm 0.6</math>),</li> <li>- un score CSI plus élevé (valeur médiane 6.2 contre 5.8)</li> <li>- un score HSOPE plus élevé (valeur médiane 1.2 contre 1.5)</li> </ul> <p>La différence de score pour le VSSS entre les 2 échantillons n'était pas statistiquement significative.</p>
---	--	--------------------	---	---	---

				<p>proches. Elle mesure la satisfaction des patients par rapport aux soins de santé mentale durant l'année écoulée.</p> <p><b>L'inventaire de satisfaction des clients</b> (Client Satisfaction Inventory (CSI)) comprend 25 items. Les patients répondent avec une échelle de 7 points, dans laquelle les réponses vont de 1 (aucun moment) à 7 (tout le temps). L'outil n'était disponible qu'en anglais, il a donc été traduit.</p> <p><b>Le questionnaire HSOPE</b> (Health Services Outpatient Experience) est une mesure en 10 points pour les patients en consultation ambulatoire. L'outil n'était disponible qu'en italien, il a donc été traduit.</p> <p><b>Le Herth Hope Index</b> (HHI) est composé de 12 items adaptés de l'échelle Herth Hope Scale et couvre 3 domaines : cognitif-temporel, affectif-comportemental et affiliatif-contextuel.</p> <p><b>Le NEO Five-factors Inventory-3</b> (NEO-FFI-3) est une version en 60 points du NEO-Personality Inventory-3. Il fournit une mesure fiable et précise de 5 domaines de</p>	<p>Le score SCS moyen pour l'échantillon combiné était de <math>-0.04 \pm 0.34</math>. Des tests bivariés ont été utilisés pour déterminer les associations significatives entre la SCS et 18 variables socio-démographiques, cliniques, d'espoir et de personnalité. La SCS a été associée de manière significative à 11 variables. Une SCS plus faible (donc un niveau de satisfaction plus élevé) a été associée à : (1) recevoir des services du OCMH (Outpatient Center for Mental Health de New-York), (2) être plus âgé, (3) être en couple et ne pas être marié, (4) avoir un nombre inférieur de jours de maladie dans le mois précédent, (5) avoir un niveau inférieur de détresse mentale au cours du mois précédent l'entretien, (6) avoir un score plus élevé pour toutes les sous-échelles de l'IHH, (7) avoir un score plus faible pour les névrotismes et un score plus élevé pour (8) l'extraversion, (9) l'ouverture, (10) l'amabilité et (11) la conscience.</p> <p>Après un processus d'élimination par étapes et en vérifiant une</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>la personnalité : névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, caractère agréable et conscience. Les notes sont sur une échelle de Likert à 5 points, de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord »</p> <p>Un formulaire d'examen des dossiers a été utilisé pour recueillir des informations supplémentaires à partir des dossiers médicaux quant au diagnostic, le 1<sup>er</sup> accès et la fréquence des visites à la clinique, le type de soins reçus et les médicaments prescrits.</p>	<p>éventuelle multicollinéarité, il a été constaté que 6 variables étaient indépendamment associées de manière significative à la SCS et expliquaient ensemble près d'un tiers de sa variance : <math>F(6, 147) = 12.02</math>, <math>p &lt; 0.001</math>, <math>R^2 = 0.329</math> : (1) recevoir des services du OCMH, (2) être plus âgé, (3) avoir un niveau d'éducation plus faible, avoir des scores plus élevés sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (4) l'état de préparation et une attente intérieures positives (HHI)</li> <li>- (5) l'interconnexion avec soi-même et avec les autres (HHI)</li> <li>- (6) l'agréabilité (NEO)</li> </ul>
Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (January 01, 2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i> .	Evaluer la satisfaction des patients adultes qui ont reçu des services de santé mentale dans des réseaux de soins composés de professionnels multidisciplinaires et offrant un éventail de ces	Quantitatif	<b>Echantillon :</b> 325 patients âgés de 18 à 70 ans, diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie ou d'autres affections, notamment des troubles de l'humeur/de l'anxiété/obsessionnels compulsifs/de la personnalité/liés au stress, TDAH.	<p><b>Mesure de la satisfaction avec différents tests et questionnaires :</b></p> <p><b>Service Utilization Questionnaire (SUQ) :</b> type et fréquence des professionnels et services utilisés au cours des 12 derniers mois</p> <p><b>Recovery Self-Assessment Scale (RSA) &amp; Recovery Assessment Scale (RAS) :</b> évalue le rétablissement personnel (variable</p>	<p><b>Présentation des caractéristiques de l'échantillon.</b></p> <p>Le score global de satisfaction des patients se situe entre 2 et 5, avec une moyenne de 4.11.</p> <p>Variables associées à la satisfaction : facteurs favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuité des soins (<math>p = &lt; 0.001</math>)</li> </ul>

<i>Revue Canadienne De Psychiatrie</i> , 63 , 2, 103-114.	services, et d'identifier les variables associées à la satisfaction des patients.		L'âge moyen des 325 patients était de 48 ans	<p>dépendante) (confiance et espoir personnels, volonté de demander de l'aide, orientation vers un objectif et la réussite, dépendance envers les autres et absence de domination par les symptômes).</p> <p><b>Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)</b> : évalue la qualité de vie subjective</p> <p><b>Social Provisions Scale (SPS)</b> : évalue le soutien social "</p> <p><b>Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health (ACSS-MH)</b> : évalue la continuité des services (accès, fonctionnement, etc.)</p> <p><b>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</b> : évalue la consommation d'alcool</p> <p><b>Drug Abuse Screening Test (DAST)</b> : test de dépistage de la toxicomanie</p> <p><b>Montreal Assessment of Needs Questionnaire (MANQ)</b> : évalue les besoins dans différents domaines (alimentation, santé, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un soignant référent (<math>p = 0.034</math>)</li> <li>- Aide reçue par les services (<math>p = 0.048</math>)</li> </ul> <p>Facteurs défavorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation (<math>p = &lt; 0.001</math>)</li> <li>- Nombre de besoins (+ ils sont nombreux, - grande est la satisfaction) (<math>p = &lt; 0.001</math>)</li> </ul> <p>➔ Total de 5 variables associées à la satisfaction des patients.</p> <p>Le score global moyen de cette étude était similaire aux résultats de la plupart des autres études.</p>
Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., &	L'objectif principal de cette étude est	Qualitatif	<b>Echantillon</b> : 9 participants de 21 à 65 ans, ayant	L'étude initiale a recueilli les données en 2012, via des dépliants affichés dans la cellule de crise	Les interviews des personnes en détresse émotionnelle sur leur expérience du service



<p>Shattell, M. M. (May 01, 2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. <i>International Emergency Nursing</i>, 26, 14-19.</p>	<p>de décrire les perceptions des visites aux urgences par les personnes en détresse émotionnelle, en identifiant des thèmes qui peuvent orienter les interventions infirmières minimisant le stress et optimisant les résultats dans le traitement de l'urgence psychiatrique.</p>		<p>consulté pour diverses raisons.</p> <p>La majorité était des femmes et ont fait des études universitaires.</p> <p>La majorité a également déclaré être sans emploi, ce qui pousse les auteurs à penser que la maladie a un impact considérable sur la vie quotidienne de cet échantillon.</p> <p>La description n'est pas très précise, car tout comme dans la population, nous ne savons pas exactement pourquoi ces patients ont consulté, ni de quelle(s) pathologie(s) ils sont atteints.</p>	<p>communautaire. Les patients voulant participer à l'étude en ont informé le personnel, qui a transmis leurs coordonnées aux chercheurs. Ces derniers ont ensuite contacté les patients par téléphone pour s'assurer qu'ils étaient orientés, en contact avec la réalité et aptes à participer à l'étude. Après cela, un entretien a été fixé, a eu lieu sur le site de l'étude et a été enregistré et retranscrit.</p>	<p>d'urgences a mis en évidence <b>3 thèmes</b> :</p> <p><b>« Les urgences sont froides et cliniques » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Odeurs de désinfectant, éclairage intense, bruits, les craintes et souvenirs des rencontres effrayantes/douloureuses lors des précédentes visites aux urgences ont été identifiés comme des aspects difficiles à gérer.</li> <li>○ De plus, une personne a déclaré « vous ne savez pas ce que l'infirmière va faire, quand elle est en uniforme » (incertitude sur les gestes de l'infirmière).</li> <li>○ Le stress et la perte de contrôle ont encore été exacerbés par l'utilisation de termes médicaux que les participants ne comprennent pas</li> <li>○ Le manque d'intimité (rideaux/portes laissés ouverts pour la protection et l'observation des patients) a augmenté le stress, ainsi que les contrôles fréquents, d'autant plus s'ils étaient</li> </ul>
---	---	--	--	--	--

					<p>effectués sans tentative d'interaction avec le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les longs délais d'attente et la non-disponibilité des prestataires de soins en psychiatrie ont accru la détresse. Le fait d'être seul dans une pièce amène les patients « à penser aux pires choses »</li> </ul> <p><b>« Ils vous parlent comme à un fou » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jugement des médecins, négligence du personnel</li> <li>○ Manque d'attention ressenti face aux contraintes de temps pour le trier et soigner efficacement les patients</li> <li>○ Communication de routine du service des urgences (questions sur les thérapies suivies par exemple) font augmenter le stress et la pression</li> <li>○ Manque de contact visuel perçu comme le fait que le personnel ne se soucie pas des patients</li> </ul> <p><b>« On vous enferme contre votre gré » :</b></p> <p>Les procédures auxquelles les participants font référence ici</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>sont les procédures standards pour garantir leur sécurité</p> <p>Ils se sentent obligés de contrôler ce qu'ils vont dire pour ne pas être retenus contre leur gré, alors que dans leur situation, il est déjà difficile de se contrôler.</p>
--	--	--	--	--	---

## Appendice C : article de Krupchanka et al. (2017)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche quantitative*

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., Baranov, A., ... Sartorius, N. (August 01, 2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 52, 8, 989-1003.
<b>But(s) de la recherche</b>	<p>L'objectif de cette étude est d'explorer la satisfaction des personnes traitées dans les établissements hospitaliers de santé mentale. Les auteurs veulent acquérir de l'expérience sur l'utilisation et la faisabilité d'un questionnaire qui évalue le service du point de vue des patients en milieu clinique. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme des jeunes psychiatres de l'Association pour améliorer les programmes de santé mentale (AIMHP). Les objectifs de ce programme :</p> <p>Développer un réseau de collaboration impliquant des psychiatres en début de carrière, de différentes régions du monde.</p> <p>Démontrer aux psychiatres en début de carrière que le partenariat avec les patients peut aider de nombreuses façons, notamment en obtenant des informations sur la perception des services.</p> <p>Le groupe IDEA (Inpatient Discharge : Experiences and Analyses) a été créé par des chercheurs seniors et des psychiatres en début de carrière pour répondre à cet objectif.</p>
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p>Contexte : dans de nombreux pays du monde, la majeure partie du budget consacré à la santé mentale est consacrée à la mise à disposition de lits et de personnel d'hôpitaux psychiatriques. Pourtant, la littérature scientifique ne tient pas compte de l'évaluation des services de santé mentale par les patients, tant externe qu'interne. De même, les rapports des patients sur leur satisfaction quant à leur expérience des processus de traitement hospitaliers sont rares. Alors que plus qu'une douzaine d'échelles ont été développées pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés en psychiatrie, des doutes subsistent quant à leur qualité méthodologique et leur sensibilité au changement.</p> <p>Population : bénéficiaires de soins psychiatriques dans les établissements des pays sélectionnés pour l'étude (25 sites sur 8 pays)</p>

Résumé de l'article	
	<p>Echantillon : 701 patients recrutés sur 25 sites de 11 pays : Argentine, Bosnie, République Tchèque, Italie, Roumanie, Tunisie, Ouganda, Ukraine, Nigéria, Russie, Croatie. L'échantillon cible était de 30 patients/établissement. Après exclusion de 28, 673 patients ont participé à l'étude. Ils ont été exclus car il manquait des données pour un ou plusieurs éléments du questionnaire de satisfaction.</p> <p>L'âge médian des participants est de 42 ans (IQR 30-52)</p>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Mesure de la satisfaction par un questionnaire en 5 points. Chaque question a été traduite dans la langue locale.</p> <p>Pensez-vous que votre séjour à l'hôpital a été bénéfique ?</p> <p>Comment avez-vous été satisfait du personnel ?</p> <p>Avez-vous l'impression d'avoir subi des dommages pendant votre séjour à l'hôpital ?</p> <p>Vos préférences et vos droits individuels ont-ils été pris en compte ?</p> <p>Votre droit à la confidentialité est-il respecté ?</p> <p>Pour chaque question, le patient a évalué sa satisfaction sur une échelle analogique (tracer une croix sur la ligne « pas du tout » à « beaucoup »). Conversion de la réponse en valeur numérique de 0 à 10.</p> <p>Pour mesurer la satisfaction globale de chaque participant, les auteurs ont additionné les scores pour les 5 questions après avoir inversé le score de la question 3, de telle sorte que pour chaque question des scores plus faibles indiquaient une satisfaction moindre (fourchette de 0 à 50).</p> <p>Une variable binaire de « faible satisfaction » a été dérivée, définie comme ayant un score total se situant dans le quartile inférieur. Les auteurs ont ensuite calculé la proportion de patients se situant dans ce quartile et ont examiné les corrélats de « faible satisfaction » au niveau individuel et des sites.</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	Pas d'intervention.
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Calcul de corrélations entre les corrélats de « faible satisfaction » au niveau individuel et institutionnel et des variables choisies sur la base de la littérature passée ou de la validité apparente</p> <p>Statistiques descriptives pour résumer les caractéristiques des institutions et des patients</p> <p>Boxplots pour résumer les médianes et les intervalles interquartiles des scores de satisfaction totale par établissement</p> <p>Régression logistique multivariée à plusieurs niveaux pour examiner les corrélats de la faible satisfaction -&gt;</p> <p>Construction d'une série de modèles et comparaison entre eux</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Caractéristiques de l'échantillon :</p> <p>673 patients dont les caractéristiques ainsi que celles des établissements sont présentées dans le tableau 1</p> <p>Tous les sites sauf 2 étaient urbains</p> <p>15 sites étaient des unités psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux (60%)</p>

### Résumé de l'article

10 étaient des hôpitaux psychiatriques spécialisés (40%)  
 La taille des sites était variable avec une médiane de 100 lits (intervalle interquartile (IQR) 50-600 ; intervalle 20-680 lits)  
 La durée médiane du séjour était de 28 jours (IQR 21-51 jours)  
 Ration médian personnel/patient était de 0.97 (IQR 0.53-1.2)  
 Age médian des participants : 42 ans (IQR 30-52)  
 56% : hommes  
 38% : mariés  
 37% : études supérieures  
 29% : ont un emploi  
 35% : diagnostic de schizophrénie  
 29% : diagnostic de dépression  
 14% : placement à des fins d'assistance  
 Satisfaction des patients :  
 Les scores étaient très biaisés vers le haut de l'échelle, avec un score médian (sur un maximum de 50) de 44 (IQR 38-48). Les scores de satisfaction par site sont résumés dans le tableau 1 avec des médianes allant de 31 (IQR 28-35) dans l'un des sites nigériens à 48 (IQR 43-49) en Argentine.  
 La proportion de patients « peu satisfaits », c'est-à-dire les patients dont le score de satisfaction totale se situe dans le quartile inférieur, est décrite dans la figure 2 et varie de 0% dans l'un des sites croates, à 93% dans l'un des sites nigériens avec une médiane de 23% (IQR 11%-29%).  
 2 cas aberrants avec :  
 Une forte proportion de patients se déclarant « peu satisfaits » (Nigeria 2, Tunisie)  
 Une absence de patients se déclarant « peu satisfaits » (Croatie 3 et 4)  
 Comparaison des caractéristiques de ces 4 sites avec celles des autres sites : différence la plus notable était la proportion élevée de patients en placement à des fins d'assistance dans les sites à faible satisfaction (83% dans le site nigérien et 76% en Tunisie). Les sites ayant une très faible proportion de patients insatisfaits n'avaient pas de caractéristiques qui les distinguaient clairement des autres sites.  
 Corrélats de la « faible satisfaction » :  
 La faible satisfaction a été associée aux covariables de niveau individuel suivantes :  
 Etre célibataire  
 Etre au chômage

Résumé de l'article	
	<p>Avoir un diagnostic de schizophrénie</p> <p>Etre en placement à des fins d'assistance</p> <p>La seule caractéristique au niveau institutionnel :</p> <p>Avoir un ratio psychiatre/patient plus faible</p>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p>Forces :</p> <p>Il s'agit de la 1ère étude internationale multicentrique spécifiquement axée sur la satisfaction des patients en matière de soins hospitaliers comme mesure de la qualité et du fonctionnement des services. Certains pays participant à l'étude n'ont jamais participé à une recherche similaire, l'étude fournit donc des informations uniques sur les services de santé mentale dans ces pays</p> <p>La taille de l'échantillon pour cette analyse était relativement importante et diversifiée</p> <p>Limites :</p> <p>La question du déséquilibre de pouvoir entre les médecins et les patients lors de la collecte des données doit être soigneusement examinée</p> <p>Il est possible que les personnes interrogées aient eu tendance à se déclarer plus satisfaits car les données ont été collectées dans le cadre hospitalier et par le personnel médical, même si le protocole indiquait que l'observateur ne devait pas être le médecin traitant de chaque patient.</p> <p>Il a été démontré que le taux de satisfaction est plus faible si les données sont collectées à domicile plutôt que dans les établissements.</p> <p>La collecte de données après la sortie peut entraîner un taux de non-réponse plus élevé et un biais car les répondants peuvent être différents des non répondants.</p> <p>Recommandé d'utiliser les instruments de mesure de la satisfaction avant que les patients ne quittent l'hôpital.</p> <p>La validité du concept de satisfaction a été remise en question car il recoupe d'autres mesures de résultats rapportées par les patients, telles que la qualité de vie subjective, les besoins et la qualité de la relation thérapeutique.</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cet article ne nous offre pas de pistes d'interventions infirmières pouvant influencer sur la satisfaction des patients. Toutefois, il démontre que les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de personnalité sont d'importants facteurs pouvant influencer sur la satisfaction.</p>

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu	Commentaires
---------------------	-----------	-----	-----	-----	--------------

				<b>clair</b>	
<b>Références complètes</b>	Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., Baranov, A., ... Sartorius, N. (August 01, 2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 52, 8, 989-1003.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème/concept : satisfaction à l'égard des soins psychiatriques en hospitalisation Contexte : sortie d'hôpital/11 pays
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il décrit l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Contexte : dans de nombreux pays du monde, la majeure partie du budget consacré à la santé mentale est consacrée à la mise à disposition de lits et de personnel d'hôpitaux psychiatriques. Pourtant, la littérature scientifique ne tient pas compte de l'évaluation des services de santé mentale par les patients, tant externe qu'interne. De même, les rapports des patients sur leur satisfaction quant à leur expérience des processus de traitement hospitaliers sont rares. Alors que plus qu'une douzaine d'échelles ont été développées pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés en psychiatrie, des doutes subsistent quant à leur qualité méthodologique et leur sensibilité au changement.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			« La littérature scientifique ne tient pas compte de l'évaluation des services de santé mentale tels qu'ils sont évalués par les patients ». Il est fait mention de la douzaine d'échelles développées pour évaluer la satisfaction des patients psychiatriques, ainsi que les doutes qui subsistent quant à leur qualité méthodologique et leur sensibilité au changement.



					« Il est relativement inhabituel de trouver dans la littérature des différences importantes entre les groupes de patients quant aux taux de satisfaction à l'égard du traitement. Cette littérature présente un nombre notable de lacunes, à savoir le peu d'études de suivi au-delà de la période suivant immédiatement la sortie de l'hôpital, l'absence d'échelles générées par les patients et le fait que ces études ont été menées dans des pays à revenus élevés, plutôt que dans des pays à revenus faibles ou moyens »
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?			X	Les auteurs ne mentionnent pas de cadre conceptuel précis, mais ils parlent de la satisfaction en termes de concept.
<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif de cette étude est d'explorer la satisfaction des personnes traitées dans les établissements hospitaliers de santé mentale. Les auteurs veulent acquérir de l'expérience sur l'utilisation et la faisabilité d'un questionnaire qui évalue le service du point de vue des patients en milieu clinique. Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme des jeunes psychiatres de l'Association pour améliorer les programmes de santé mentale (AIMHP). Les objectifs de ce programme : Développer un réseau de collaboration impliquant des psychiatres en début de carrière, de différentes régions du monde. Démontrer aux psychiatres en début de carrière que le partenariat avec les patients peut aider de nombreuses façons, notamment en obtenant des informations sur la perception des services. Le groupe IDEIA (Inpatient Discharge : Experiences and Analyses) a été créé par des chercheurs seniors et des psychiatres en début de carrière pour répondre à cet objectif.

<b>Méthodes Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis n'est pas explicité, mais il est quantitatif.
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Population : bénéficiaires de soins psychiatriques dans les établissements des pays sélectionnés pour l'étude (25 sites sur 8 pays)
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Echantillon : 701 patients recrutés sur 25 sites de 11 pays : Argentine, Bosnie, République Tchèque, Italie, Roumanie, Tunisie, Ouganda, Ukraine, Nigéria, Russie, Croatie. L'échantillon cible était de 30 patients/établissement. Après exclusion de 28, 673 patients ont participé à l'étude. Ils ont été exclus car il manquait des données pour un ou plusieurs éléments du questionnaire de satisfaction.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			L'échantillon cible était de 30 patients/établissement, établi sur la base de la faisabilité. Si le nombre de patients sortant de l'hôpital dépassait la capacité de l'équipe de recherche, un échantillonnage systématique a été utilisé (par exemple, en approchant un patient sortant sur 2 ou 3).
<b>Eléments du rapport</b>	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
<b>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Mesure de la satisfaction par un questionnaire en 5 points. Chaque question a été traduite dans la langue locale. Pensez-vous que votre séjour à l'hôpital a été bénéfique ? Comment avez-vous été satisfait du personnel ? Avez-vous l'impression d'avoir subi des dommages pendant votre séjour à l'hôpital ? Vos préférences et vos droits individuels ont-ils été pris en compte ? Votre droit à la confidentialité est-il respecté ? Pour chaque question, le patient a évalué sa satisfaction sur une échelle analogique (tracer une croix sur la ligne

					<p>« pas du tout » à « beaucoup »). Conversion de la réponse en valeur numérique de 0 à 10.</p> <p>Pour mesurer la satisfaction globale de chaque participant, les auteurs ont additionné les scores pour les 5 questions après avoir inversé le score de la question 3, de telle sorte que pour chaque question des scores plus faibles indiquaient une satisfaction moindre (fourchette de 0 à 50).</p> <p>Une variable binaire de « faible satisfaction » a été dérivée, définie comme ayant un score total se situant dans le quartile inférieur. Les auteurs ont ensuite calculé la proportion de patients se situant dans ce quartile et ont examiné les corrélats de « faible satisfaction » au niveau individuel et des sites.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Cet instrument mesure la satisfaction des patients.
<b>Déroulement de l'étude</b>	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>Ils décrivent :</p> <p>recrutement des participants,</p> <p>la mesure de la satisfaction à l'aide d'un questionnaire spécifique à l'étude,</p> <p>les analyses des données obtenues,</p> <p>les corrélats de faible satisfaction</p> <p>les questions éthiques</p> <p>les résultats obtenus</p>
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			<p>L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès du bureau d'éthique, de la recherche du King's College de Londres. Des approbations ont également été obtenues des comités d'éthique nationaux ou locaux de chaque pays participant, et les directeurs de chaque hôpital ont signé un accord de l'établissement pour participer à l'étude. Chaque participant individuel à l'étude a obtenu une copie de la fiche d'information du patient et a été invité à signer un consentement éclairé avec la collecte</p>

					des données. La confidentialité a été accordée par l'exclusion des données personnelles et la codification des protocoles de recherche de manière non identifiable.
<b>Résultats Traitement/Analyse des données</b>	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Les auteurs n'ont pas formulé d'hypothèse de recherche, mais de nombreuses analyses statistiques ont été faites pour l'obtention des résultats.
<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tous les résultats obtenus sont décrits sous forme narrative et de tableaux clairs et complets.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Les auteurs n'ont pas décrit de cadre théorique ou conceptuel pour cette étude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs mentionnent que leurs résultats sont conformes aux résultats obtenus dans d'autres études faisant état d'une grande satisfaction des patients à l'égard des services de santé mentale et montrant que jusqu'à 90% des personnes interrogées se déclarent satisfaites du traitement psychiatrique en milieu hospitalier. Ils mentionnent de nombreuses autres études sur la satisfaction, la qualité de vie et sur les attentes des patients pour interpréter leurs résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limites : La question du déséquilibre de pouvoir entre les médecins et les patients lors de la collecte des données doit être soigneusement examinée Il est possible que les personnes interrogées aient eu tendance à se déclarer plus satisfaits car les données ont été collectées dans le cadre hospitalier et par le personnel médical, même si le protocole indiquait que l'observateur ne devait pas être le médecin traitant de chaque patient.

					<p>Il a été démontré que le taux de satisfaction est plus faible si les données sont collectées à domicile plutôt que dans les établissements.</p> <p>La collecte de données après la sortie peut entraîner un taux de non-réponse plus élevé et un biais car les répondants peuvent être différents des non répondants. Recommandé d'utiliser les instruments de mesure de la satisfaction avant que les patients ne quittent l'hôpital.</p> <p>La validité du concept de satisfaction a été remise en question car il recoupe d'autres mesures de résultats rapportées par les patients, telles que la qualité de vis subjective, les besoins et la qualité de la relation thérapeutique.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>Ils disent qu'étant donné que les pays participants ont été choisis pour représenter un large éventail de contextes cliniques et économiques sur la base de la faisabilité, ils ne peuvent pas supposer que les sites de l'étude sont généralisables à d'autres sites ailleurs.</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		<p>Pas de mention sur les conséquences quant à la pratique clinique.</p>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			<p>Dans le chapitre « implication des résultats », les auteurs conseillent à d'autres études traitant la satisfaction de tenir compte des attentes des patients et de leurs expériences antérieures en lien avec le traitement et des connaissances liées au service. Ils recommandent à ces études d'également minimiser les déséquilibres de pouvoir en garantissant l'anonymat du personnel clinique et en impliquant des pairs et des parties indépendantes dans la collecte de données.</p> <p>Il serait également utile d'élargir l'objectif d'études similaires pour explorer la satisfaction des patients à l'égard des soins fournis dans les établissements de soins</p>

					ambulatoires et de ceux qui s'occupent principalement de la réadaptation. Ils proposent de mener des études similaires dans d'autres pays et régions du monde. Ils disent que des recherches supplémentaires sur les attentes des patients dans le sens de ce qu'ils anticipent sont nécessaires pour mieux comprendre la satisfaction à l'égard des services de santé mentale.
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
<b>Commentaires :</b>					

## Appendice D : article de Swanson et al. (2007)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche quantitative*

<b>Résumé de l'article</b>	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (August 01, 2007). Effect of Mental Health Care and Shared Decision Making on Patient Satisfaction in a Community Sample of Patients with Depression. <i>Medical Care Research and Review</i> , 64, 4, 416-430.
<b>But(s) de la recherche</b>	<p>Cette étude a cherché à comprendre si la prise de décision partagée et/ou la le fait de recevoir des soins de santé mentale étaient associées à la satisfaction des patients souffrant de dépression et à déterminer si le genre modifiait cette relation.</p> <p>Plus précisément, l'étude avait pour but de répondre aux 3 questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est l'effet de la réception de soins en santé mentale sur la satisfaction des patients souffrant de dépression ?</li> <li>2. Quel est l'effet de la prise de décision partagée sur la satisfaction des patients souffrant de dépression ?</li> <li>3. Le genre modère-il les 2 relations ci-dessus ? En particulier, la relation entre la prise de décision partagée et la satisfaction est-elle plus forte pour les femmes que pour les hommes ? La relation entre la réception de soins en santé mentale et la satisfaction est-elle la même pour les hommes que pour les femmes ?</li> </ol>
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p>Un des principaux résultats des études menées dans le domaine de la recherche sur les services de santé est la satisfaction des patients à l'égard des soins médicaux. Etant donné l'importance de la satisfaction des patients en tant qu'indicateur de qualité des soins, on en sait très peu sur ce sujet pour les patients souffrant de dépression. 20% des Américains souffrent d'un trouble mental diagnostiquable, dont 10 millions sont des adultes souffrant de dépression majeure.</p> <p>Les données ont été issues de l'étude Quality Improvement for Depression (QID), une étude nationale collaborative portant sur 1481 patients chez qui une dépression majeure a été diagnostiquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Population : patients atteints de dépression sévère</li> <li>- Echantillon : taille au départ : 1481 patients, après 6 mois : 1317. Recrutement : fait dans 11 organisations de soins de santé réparties sur 4 sites, au sein desquels 108 cabinets ont été recrutés selon des</li> </ul>

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>critères d'éligibilité précis. Tous les patients recrutés ont été dépistés positif à la dépression et ont accepté de participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 75% des participants étaient des femmes</li> <li>○ 47% des participants étaient mariés</li> <li>○ 64% avaient un emploi (plein temps/temps partiel)</li> <li>○ L'âge moyen de l'échantillon était de 45 ans</li> <li>○ 43% des participants ont reçu des soins appropriés pour la dépression : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25.9% ont reçu des antidépresseurs</li> <li>▪ 27.6% ont suivi des thérapies</li> <li>▪ 10.2% ont reçu les deux</li> </ul> </li> <li>○ Sur l'échelle de décision partagée, les patients ont attribué à leur prestataire une note de 3.3 sur 5</li> </ul>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>2 types de satisfaction sont mesurés au départ et au 6ème mois : satisfaction à l'égard des soins de santé en général et la satisfaction à l'égard des soins de santé mentale</p> <p>Les 2 types de satisfaction sont mesurés avec l'échelle de Likert : 1 = très insatisfait, 2 = insatisfait, 3 = ni satisfait ni insatisfait, 4 = satisfait, 5 = très satisfait</p> <p>Les soins de santé mentale reçus pour une dépression ont été mesurés en demandant au patient, si dans les 6 derniers mois : prenaient des médicaments antidépresseurs (1), recevaient des conseils (2) ou les deux (3)</p> <p>L'agency for healthcare research quality (AHRQ) définit la qualité des soins pour la dépression par le fait de recevoir un traitement, qu'il soit médicamenteux (psychotropes) (1), et/ou par 4 visites spécialisées en santé mentale.</p> <p>La prise de décision partagée (shared decision making) au cours des 6 derniers mois a été évaluée en demandant aux patients de demander leurs avis : « votre participation aux décisions concernant vos soins », « le choix des traitements pour vos problèmes », « les explications de vos problèmes de santé au cours des 6 derniers mois ». Les réponses : excellent, très bon, bon, moyen, mauvais</p> <p>Parmi les autres variables construites utilisées dans cette étude figurent des échelles de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soutien social (mesuré à l'aide d'un sous-ensemble de 9 éléments d'une échelle de 19 éléments, développé par la Medical Outcome Study),</li> <li>- l'état de santé (mesuré à l'aide des échelles PCS12 et MCS 12 qui ont comme composantes la santé physique et mentale),</li> <li>- la symptomatologie de la dépression (mesurée par les symptômes et la fréquence de la dépression à l'aide d'une échelle de dépression (CES-D))</li> </ul>



<b>Résumé de l'article</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la consommation d'alcool (mesurée en multipliant le nombre de verres/jour par la fréquence (combien de fois a-t-on bu durant l'année))</li> </ul>
<b>Intervention (si présente)</b>	Contrôle de l'effet de la prise de décision partagée sur la satisfaction des patients.
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Examen des propriétés psychométriques de l'ensemble des items par l'examen des intercorrélations entre les items et les alphas.</p> <p>Analyse univariée de toutes les variables du modèle conceptuel</p> <p>Analyses prédictives utilisant la régression logistique multiple afin que tous les prédicteurs soient corrigés</p> <p>Calcul de la moyenne de la satisfaction globale à l'égard des soins et de la satisfaction à l'égard des soins de santé mentale afin de l'utiliser comme variable de résultat de l'étude.</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p>Cette étude a révélé que 2 mesures de la qualité des soins (soins de santé mentale et prise de décision partagée) sont d'importants prédicteurs indépendants de la satisfaction des patients en soins primaires souffrant de dépression majeure.</p> <p>Cependant, les chercheurs n'ont pas trouvé que le sexe était un modérateur de l'effet de la qualité des soins sur la satisfaction des patients (=le genre n'a pas d'influence sur la satisfaction des patients par rapport à la qualité des soins)</p> <p>Révélation d'une association positive entre le partage des décisions et la satisfaction des patients.</p> <p>➔ Cela signifie que les patients qui sont impliqués dans les décisions relatives à leurs soins et qui reçoivent une explication de leurs problèmes de santé sur une période de 6 mois sont plus satisfaits de leurs soins que ceux qui n'étaient pas impliqués et qui ne recevaient pas d'explications.</p> <p>3 variables ont conservé leur signification statistique après leur ajustement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être patient au site 3 : OR = 3.32; <math>p &lt; .05</math>)</li> <li>- Satisfaction de base : OR = 1.63; <math>p &lt; .001</math></li> <li>- Les soins de santé mentale : OR = 1.61; <math>p &lt; .01</math></li> <li>- Prise de décision partagée : OR = 2.93; <math>p &lt; .001</math></li> </ul>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les conclusions de l'étude ne sont peut-être pas très généralisables à l'univers des patients dépressifs, car il n'est pas possible de les appliquer aux patients qui ont été exclus de l'échantillon de l'étude (non-anglophones, patients atteints d'autres maladies mentales) et aux personnes qui ne reçoivent pas de soins.</li> </ul>

<b>Résumé de l'article</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients qui refusaient de passer les tests de dépistage de la dépression ont été exclus de l'étude, les conclusions concernant une association positive entre le fait de recevoir des soins appropriés et la satisfaction pourrait être biaisée.</li> <li>- Bien que l'étude inclut plus de minorités que ce qui est souvent le cas, elle ne peut pas généraliser aux sites desservant principalement des minorités.</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribution à la littérature des services de santé sur la dépression</li> <li>- Elle a inclus une évaluation de la prise de décision partagée et de soins de santé mentale dans une seule étude, et elle a pu partiellement exclure les effets indépendants de chacun sur la satisfaction des patients</li> <li>- La prise de décision partagée est un concept qui n'avait pas encore été étudié dans la littérature sur la dépression</li> </ul> <p>Niveau de preuve : 1b car : chacun des projets du Quality Improvement for Depression était un projet de collaboration composé de 4 projets. Chacun de ces projets visait à maximiser les découvertes scientifiques sur les soins de la dépression en menant des essais randomisés pour évaluer les interventions de la qualité de la dépression sur les bases des directives de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	La mesure de la qualité des soins en santé mentale ainsi que la prise de décision partagée sont 2 facteurs pouvant influencer la satisfaction des patients dans un contexte de psychiatrie.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Swanson, K. A., Bastani, R., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., & Ford, D. E. (August 01, 2007). Effect of Mental Health Care and Shared Decision Making on Patient Satisfaction in a Community Sample of Patients with Depression. Medical Care Research and Review, 64, 4, 416-430.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème/concept : influence des soins de santé mentale et de la prise de décision partagée sur la satisfaction des patients Population : patients souffrant de dépression (degré ?)
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Les différentes parties ne sont pas clairement énoncées, le résumé est sous forme de texte. L'objectif de l'étude y est décrit (prise de décision partagée et/ou réception de soins de santé mentale = associé à la satisfaction des patients souffrant de dépression et si le genre modifiait cette relation). On apprend que les données sont issues de l'étude Quality Improvement for Depression, une étude nationale collaborative qui porte sur 1481 patients chez qui une dépression majeure a été diagnostiquée. La méthode est décrite, les tests statistiques utilisés sont brièvement mentionnés. Les résultats sont également décrits. Le résumé ne fait pas mention de la discussion.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			On nous explique l'histoire de la conceptualisation de la satisfaction des patients, elle est également définie. Il est expliqué que le sujet de la satisfaction chez les patients dépressifs est très peu connu, bien qu'il y ait 1 américain sur 5 souffrant d'un trouble mental diagnostiquable, dont 10 millions sont des adultes souffrant de dépression majeure.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le	X			Les auteurs font de nombreuses fois référence à d'antérieures études, notamment quant à l'influence du genre sur la satisfaction.

	sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			<p>Le cadre conceptuel est décrit dans un chapitre à part, il ne figure pas dans l'introduction.</p> <p>Le modèle conceptuel de cette étude peut être décrit comme une combinaison du cadre « structure-processus-résultats » de Donabedian sur la manière d'évaluer la qualité des soins et du modèle comportemental d'Andersen sur l'utilisation des services de santé.</p> <p>Le modèle de Donabedian est le cadre général, et le modèle comportemental d'Andersen s'y intègre.</p> <p>Dans le reste du chapitre, ce cadre théorique est décrit en détail.</p>
<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?				<p>Cette étude a cherché à comprendre si la prise de décision partagée et/ou la réception de soins de santé mentale étaient associées à la satisfaction des patients souffrant de dépression et à déterminer si le genre modifiait cette relation.</p> <p>Plus précisément, l'étude avait pour but de répondre aux 3 questions suivantes :</p> <p>Quel est l'effet de la réception de soins en santé mentale sur la satisfaction des patients souffrant de dépression ?</p> <p>Quel est l'effet de la prise de décision partagée sur la satisfaction des patients souffrant de dépression ?</p> <p>Le genre modère-il les 2 relations ci-dessus ? En particulier, la relation entre la prise de décision partagée et la satisfaction est-elle plus forte pour les femmes que pour les hommes ? La relation entre la réception de soins en santé mentale et la satisfaction est-elle la même pour les hommes que pour les femmes ?</p>

<b>Méthodes</b> <b>Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis est quantitatif, car : Mesure de la satisfaction avec un instrument Calcul de la taille de l'échantillon Tests statistiques utilisés, comme la régression
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est les patients américains qui souffrent de dépression
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Echantillon : taille au départ : 1481 patients, après 6 mois : 1317. Recrutement : fait dans 11 organisations de soins de santé réparties sur 4 sites, au sein desquels 108 cabinets ont été recrutés selon des critères d'éligibilité précis. Tous les patients recrutés ont été dépistés positif à la dépression et ont accepté de participer à l'étude. 75% des participants étaient des femmes 47% des participants étaient mariés 64% avaient un emploi (plein temps/temps partiel) L'âge moyen de l'échantillon était de 45 ans 43% des participants ont reçu des soins appropriés pour la dépression : 25.9% ont reçu des antidépresseurs 27.6% ont suivi des thérapies 10.2% ont reçu les deux Sur l'échelle de décision partagée, les patients ont attribué à leur prestataire une note de 3.3 sur 5.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Les 4 projets de l'étude initiale ont tenté de recruter un échantillon représentatif de patients qui ont rendu à des prestataires de soins primaires. Ceux-ci ont été dépistés positifs à la dépression et ont accepté de participer à l'étude.
<b>Éléments du rapport</b>	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires

<b>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p>1er temps :</p> <p>Dépistage dépression en 2 étapes : questionnaire de 10 minutes</p> <p>Partie du World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview traitant des troubles affectifs</p> <p>Ceux qui répondaient aux critères du DSM-IV pour la dépression majeure ont reçu un questionnaire d'évaluation par courrier ou entretien téléphonique. Il évaluait notamment l'état de santé du patient, sa satisfaction et les soins liés à la dépression.</p> <p>2ème temps :</p> <p>Mesure de 2 types de satisfaction (à l'égard des soins de santé en général/à l'égard des soins de santé mentale) au départ et au 6ème mois. La mesure de départ sert de variable de contrôle, et celle du 6ème mois est la variable dépendante. Chacune est mesurée à l'aide d'éléments développés par le PORT (Patient Outcome Research Team). Les 2 types de satisfaction sont des échelles de Lickert à 5 points allant de très insatisfait (1) à très satisfait (5)</p> <p>Les soins de santé mentale reçus pour une dépression ont été mesurés en demandant au patient, si dans les 6 derniers mois : prenaient des médicaments antidépresseurs (1), recevaient des conseils (2) ou les deux (3)</p> <p>L'agency for healthcare research quality (AHRQ) définit la qualité des soins pour la dépression par le fait de recevoir un traitement, qu'il soit médicamenteux (psychotropes) (1), et/ou par 4 visites spécialisées en santé mentale.</p> <p>La prise de décision partagée (shared decision making) au cours des 6 derniers mois a été évaluée en demandant aux patients de demander leurs avis : « votre</p>
---	---	---	--	--	---

					<p>participation aux décisions concernant vos soins », « le choix des traitements pour vos problèmes », « les explications de vos problèmes de santé au cours des 6 derniers mois ». Les réponses : excellent, très bon, bon, moyen, mauvais</p> <p>Parmi les autres variables construites utilisées dans cette étude figurent des échelles de mesure :</p> <p>soutien social (mesuré à l'aide d'un sous-ensemble de 9 éléments d'une échelle de 19 éléments, développé par la Medical Outcome Study),</p> <p>l'état de santé (mesuré à l'aide des échelles PCS12 et MCS 12 qui ont comme composantes la santé physique et mentale),</p> <p>la symptomatologie de la dépression (mesurée par les symptômes et la fréquence de la dépression à l'aide d'une échelle de dépression (CES-D))</p> <p>la consommation d'alcool (mesurée en multipliant le nombre de verres/jour par la fréquence (combien de fois a-t-on bu durant l'année))</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
<b>Déroulement de l'étude</b>	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Cf. « Méthode de collecte des données et instruments de mesure -> Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ? »
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Pas précisé dans le texte

<b>Résultats Traitement/Analyse des données</b>	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	
<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			L'échantillon est présenté de manière narrative et claire. Les autres résultats sont présentés dans le chapitre « analyse prédictive », ils sont présentés de manière narrative et sous forme de tableaux.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Dans l'interprétation des résultats, il n'est jamais fait mention du cadre théorique (Donabedian et Andersen)
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs soulignent que très peu d'études examinent la relation entre les soins de santé mentale et la satisfaction. Ils relèvent aussi qu'au moins 2 études ont mesuré l'association entre la satisfaction des patients dépressifs et leurs soins de santé mentale et ont constaté que l'association était positive. Les résultats de l'étude sont comparés avec de nombreux autres de précédentes études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limites : Les conclusions de l'étude ne sont peut-être pas très généralisables à l'univers des patients dépressifs, car il n'est pas possible de les appliquer aux patients qui ont été exclus de l'échantillon de l'étude (non-anglophones,



					<p>patients atteints d'autres maladies mentales) et aux personnes qui ne reçoivent pas de soins.</p> <p>Les patients qui refusaient de passer les tests de dépistage de la dépression ont été exclus de l'étude, les conclusions concernant une association positive entre le fait de recevoir des soins appropriés et la satisfaction pourrait être biaisée.</p> <p>Bien que l'étude inclut plus de minorités que ce qui est souvent le cas, elle ne peut pas généraliser aux sites desservant principalement des minorités.</p> <p>Forces :</p> <p>Contribution à la littérature des services de santé sur la dépression</p> <p>Elle a inclus une évaluation de la prise de décision partagée et de soins de santé mentale dans une seule étude, et elle a pu partiellement exclure les effets indépendants de chacun sur la satisfaction des patients</p> <p>La prise de décision partagée est un concept qui n'avait pas encore été étudié dans la littérature sur la dépression</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			<p>Les auteurs le relèvent comme une limite de l'étude, ils disent que malgré que l'étude inclut plus de minorités que ce qui est souvent le cas, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux sites desservant principalement des minorités</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<p>Etant donné que la prise de décision partagée a un effet + important sur la satisfaction des patients que les soins de santé mentale, les auteurs affirment qu'il serait bénéfique de former les prestataires de soins à cette méthode de communication. De plus, il serait également bénéfique de l'inclure dans les directives de pratique pour les soins de la dépression.</p>
	Font-ils des recommandations	X			<p>Les auteurs disent que de futures recherches sur ce thème pourraient évaluer dans quelle mesure les</p>

	pour les travaux de recherche futurs ?				patients sont satisfaits sur différents domaines de soins qu'ils reçoivent (satisfaction en matière d'accès aux soins/satisfaction à l'égard du personnel et du plan de santé en lui-même) Les auteurs suggèrent que les futures recherches devraient examiner la relation entre le genre et les styles de communication patient-soignant, en particulier pour la prise de décision partagée
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
<b>Commentaires :</b>					

## Appendice E : article de Virgolesi et al. (2017)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche quantitative*

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di, D. B., Giorgi, F., Landi, L., ... Proietti, M. G. (December 01, 2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26, 4456-4466.
<b>But(s) de la recherche</b>	Observer dans quelle mesure un plan de sortie (=consultation infirmière de sortie) organisé par le personnel soignant est efficace pour promouvoir l'observance thérapeutique et améliorer la satisfaction des patients par rapport à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• leurs traitements,</li> <li>• la base des interventions</li> <li>• l'information du personnel soignant,</li> <li>• la distribution directe de médicaments</li> <li>• des appels téléphoniques de suivi</li> </ul>
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p>Contexte : l'adhésion des patients est une exigence fondamentale pour le traitement des maladies chroniques. Chez les patients psychiatriques, l'observance du traitement prescrit permet de maîtriser les symptômes de leur maladie, ce qui permet d'améliorer la gestion de leur état, de minimiser les risques de chute et de réduire le nombre d'hospitalisation.</p> <p>Population : patients adultes admis dans un service de psychiatrie</p> <p>Echantillon : 135 patients hospitalisés dans les services de diagnostic et de traitement (Psychiatric Diagnosis and Treatment Services (PDTs)) des hopitaux de Rome entre janvier et juin 2013. Les PDTs sont des services hospitaliers où les patients psychiatriques sont hospitalisés dès l'apparition de troubles ou pendant un épisode aigu de leur maladie. L'âge moyen des participants est de 33 ans.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Hospitalisation durant au moins 3 jours</p> <p>Sont sortis de l'unité avec un plan de traitement médicamenteux à long terme</p> <p>Pas de double diagnostic d'un abus d'alcool ou de médicaments</p> <p>Pas d'affection par une autre maladie physique</p>

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>Parler couramment l'italien et/ou l'anglais</p> <p>Pas autorisés à être transférés dans un autre hôpital</p>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Mise au point d'un questionnaire visant à saisir les caractéristiques sociodémographiques des patients (genre, âge, éducation, état civil)</p> <p>Echelle d'adhésion aux traitements de Morisky (MMAS-4) qui détecte le niveau d'adhésion au traitement prescrit</p> <p>Réponse à chaque item : « oui »(1) ou « non »(0). Le score total va de 0 à 4 points. Entre 0 et 2 : patient non adhérent, entre 3 et 4 : patient adhérent. Echelle administrée aux patients lors d'un appel téléphonique de suivi</p> <p>Echelle de satisfaction de l'information sur les médicaments (Satisfaction with Information about Medicine Scale (SIMS)) : 17 éléments, se compose de 2 sous-échelles, dont les éléments sont notés sur une échelle de Likert à 5 points :</p> <p>Sous-échelle d'action et d'utilisation</p> <p>Sous-échelle des problèmes potentiels</p> <p>Le questionnaire ne se centre pas sur les informations spécifiques reçues sur les médicaments, ni sur les personnes qui les fournissent, mais plutôt sur la satisfaction du patient par rapport aux informations qu'il reçoit. Le score total est obtenu en additionnant les scores des 2 sous-échelles.</p> <p>Questionnaire de satisfaction générale (General Satisfaction Questionnaire (GSQ)) pour analyser à la fois la satisfaction générale et le soutien reçu pour l'accès aux services. Il est spécifique aux patients psychiatriques hospitalisés et comprend 8 éléments évalués sur une échelle de Likert à 4 points. Exemple de questions :</p> <p>Avez-vous reçu des informations claires et complètes sur les avantages et les effets indésirables des médicaments que vous prenez ?</p> <p>Avez-vous reçu des informations claires et complètes sur votre état de santé ?</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>Pas d'intervention spécifique, les consultations infirmières qui font l'objet de cet article n'ont pas été mises en place dans le cadre de l'étude. Le but de cette dernière était d'évaluer leur efficacité, il n'y a pas eu de comparaison entre un groupe d'intervention et un groupe contrôle, par exemple.</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Alpha de Cronbach pour montrer une bonne cohérence de l'échelle SIMS</p> <p>Calcul de moyennes</p> <p>Calcul d'écart-types</p> <p>Calcul de la valeur p -&gt; signification statistique fixée à <math>p &lt; 0.05</math></p> <p>Corrélations : Pearson (r )</p> <p>Régression :</p> <p>Linéaire (R<sup>2</sup>)</p>

Résumé de l'article	
	Analyse de variance (ANOVA) (F) Calcul de pourcentages Test t
<b>Résultats principaux</b>	<p>Caractéristiques sociodémographiques des patients :</p> <p>Moyenne d'un peu plus de 33 ans</p> <p>57% : femmes</p> <p>70 % : célibataires</p> <p>Niveau d'éducation moyen : faible</p> <p>11.9% : titulaires d'un diplôme universitaire</p> <p>63% : souffrent de troubles de l'humeur (85 patients)</p> <p>37% : atteints de schizophrénie (30 patients)</p> <p>13 % : réadmission 12 mois après la sortie (17 patients)</p> <p>Scores moyens des échelles :</p> <p>Niveau de satisfaction moyen à élevé concernant les informations fournies par le personnel -&gt; Echelle SIMS</p> <p>moyenne de 5.77, écart type 2.3 -&gt; 1ère sous-échelle (actions et utilisation)</p> <p>moyenne de 5.59, écart type 2.09 -&gt; 2ème sous-échelle (problèmes potentiels)</p> <p>Echelle d'adhésion aux traitements de Morisky (MMAS-4) : score moyen d'environ 2.87 sur 4 (Entre 0 et 2 : patient non adhérent, entre 3 et 4 : patient adhérent), écart-type 1.13</p> <p>Le score moyen d'adhésion des femmes est plus élevé que celui des hommes (femmes : moyenne 2.93/4, écart-type 1.27. Hommes : moyenne 2.79/4, écart-type 0.97)</p> <p>Les patients mariés/vivant avec un partenaire ont un taux d'adhésion plus élevé que les patients seuls (mariés : moyenne 3.31/4, écart-type 0.97. Seuls : moyenne 2.76/4, écart-type 1.15)</p> <p>Les patients ayant un niveau d'éducation + élevé présentaient des niveaux d'adhésion plus élevés (niveau éducation + élevé : moyenne 2.94/4, écart-type 1.03. Niveau d'éducation + bas : moyenne 2.75, écart-type 1.03)</p> <p>L'état civil a été le facteur le plus significatif quant à l'adhésion (<math>p = 0.018</math>), contrairement au genre et au niveau d'éducation (<math>p &gt; 0.05</math>)</p> <p>Satisfaction des patients pour les informations fournies par le personnel infirmier :</p> <p>Les résultats de l'échelle SIMS ont montré que les patients avaient un bon niveau de satisfaction :</p> <p>Pour chaque élément de l'échelle, le pourcentage de satisfaction était &gt; à 60%, sauf pour :</p> <p>« Avez-vous reçu des informations adéquates sur le mécanisme d'action du médicament ? » : 54.8%</p> <p>« Combien de temps faut-il pour ressentir l'effet du médicament ? » : 53.3%</p> <p>« Avez-vous reçu des informations sur les effets secondaires ? » : 56.3%</p>

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>« Avez-vous reçu des informations sur la durée de la thérapie ? » : 48.9%</p> <p>L'alpha de Crohnbach a montré une bonne cohérence interne de l'échelle, car pour chacun des points, il était &gt;0.7.</p> <p>Corrélations avec l'adhésion :</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le genre et l'état civil n'étaient pas en corrélation significative avec l'observance du patient (<math>p &gt; 0.05</math>)</p> <p>Il y avait une corrélation significative entre le niveau d'éducation et l'adhérence du patient (<math>r = 0.176</math>, <math>p = 0.048</math>)</p> <p>Les corrélations entre les items du questionnaire de satisfaction générale (GSQ) et l'adhésion ont montré que les patients qui ont le plus reçu d'informations sur leur état de santé (<math>r = 0.274</math>, <math>p = 0.002</math>) et leur plan thérapeutique après leur sortie (<math>r = 0.354</math>, <math>p = 0.000</math>) ont montré un taux d'adhésion au traitement significativement meilleur.</p> <p>Une corrélation significative a été constatée entre l'adhésion des patients et la satisfaction pour les soins infirmiers reçus (GSQ ; <math>r = 0.235</math>, <math>p = 0.008</math>)</p> <p>Une corrélation significative a été constatée entre l'adhésion des patients et entre la fourniture d'informations sur les médicaments (<math>r = 0.203</math>, <math>p = 0.023</math>). Ce résultat a été confirmé par la corrélation significative entre le SIMS et le MMAS (<math>r = 0.208</math>, <math>p = 0.019</math>)</p> <p>L'analyse de régression a montré que « la qualité des soins infirmiers reçus », la « satisfaction concernant l'information » le MMAS et le SIMS étaient des prédicteurs de ré-hospitalisation après la sortie de l'unité. Ces paramètres représentent 31.9% de la variabilité de la ré-hospitalisation.</p>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p>Limites :</p> <p>Taille relativement petite de l'échantillon en raison du nombre de critères d'inclusion</p> <p>Analyse du taux d'adhésion et de réadmission du patient avec sa sortie de l'unité PDTs, sans comparaison avec des cas-témoins</p> <p>Forces :</p> <p>L'étude souligne l'importance de la formation des infirmières et du suivi téléphonique régulier pour améliorer l'adhésion aux traitements oraux chez les patients atteints de maladies psychiatriques</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cet article nous permet de constater quelles sont les interventions infirmières pouvant favoriser l'adhérence aux traitements médicamenteux des patients à leur sortie d'hôpital. La satisfaction est un thème très large, et cette étude nous en montre un des aspects (informations reçues sur les médicaments, efficacité du traitement, etc.)</p> <p>Comme les auteurs le mentionnent dans la discussion, un des prédicteurs qui a influencé positivement l'adhérence au traitement était la satisfaction des patients. Cela démontre que plusieurs interventions infirmières touchant à la sphère du traitement des patients peuvent être réalisées afin d'améliorer la satisfaction globale des patients dans le cadre de la psychiatrie aiguë.</p>

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di, D. B., Giorgi, F., Landi, L., ... Proietti, M. G. (December 01, 2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. Journal of Clinical Nursing, 26, 4456-4466.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème/concepts : évaluation de l'efficacité d'un programme de consultations infirmières de sortie Population : patients hospitalisés en soins aigus psychiatriques.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les buts/objectifs, le contexte, la méthode et la conclusion sont résumés.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Une définition de l'observance est donnée, ainsi que celle de l'adhésion thérapeutique. Les conséquences du non respect de cette dernière sont expliquées en les mettant dans le contexte actuel. Le lien est également fait avec la relation thérapeutique entre le soignant et le patient.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			De nombreuses références sont insérées dans le texte, et les auteurs mentionnent certaines études antérieures réalisées sur l'adhésion thérapeutique.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Le point 2, « conceptualisation de l'adhésion » définit précisément le cadre théorique utilisé pour cette étude. Les auteurs ont utilisé un cadre qui a été adapté du modèle d'auto-efficacité à l'adhésion aux médicaments de McCann, Clark et Lu.
<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le dernier paragraphe du chapitre de l'introduction explique de manière claire le but de l'étude. Ce dernier est d'observer dans quelle mesure un plan de consultations infirmières est efficace

					pour promouvoir l'adhésion thérapeutique et améliorer la satisfaction des patients par rapport à leur traitement, en se basant sur les interventions d'informations données par le personnel infirmier, la distribution directe des médicaments à l'hôpital et les appels téléphoniques de suivi. Les auteurs n'ont pas mentionné leurs hypothèses de recherche.
<b>Méthodes</b> <b>Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis de recherche n'est pas défini par les auteurs, mais il est quantitatif.
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Population : patients adultes admis dans un service de psychiatrie
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Echantillon : 135 patients hospitalisés dans les services de diagnostic et de traitement (Psychiatric Diagnosis and Treatment Services (PDTs)) des hôpitaux de Rome entre janvier et juin 2013. Les PDTs sont des services hospitaliers où les patients psychiatriques sont hospitalisés dès l'apparition de troubles ou pendant un épisode aigu de leur maladie. Critères d'inclusion : Hospitalisation durant au moins 3 jours Sont sortis de l'unité avec un plan de traitement médicamenteux à long terme Pas de double diagnostic d'un abus d'alcool ou de médicaments Pas d'affection par une autre maladie physique Parler couramment l'italien et/ou l'anglais Pas autorisés à être transférés dans un autre hôpital
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Les auteurs mentionnent que la taille trop peu importante de l'échantillon représente une limite à l'étude.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu</b>	<b>Commentaires</b>



				Clair	
<b>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Mise au point d'un questionnaire visant à saisir les caractéristiques sociodémographiques des patients (genre, âge, éducation, état civil) Echelle d'adhésion aux traitements de Morisky (MMAS-4) qui détecte le niveau d'adhésion au traitement prescrit Echelle de satisfaction de l'information sur les médicaments (Satisfaction with Information about Medicine Scale (SIMS)) Questionnaire de satisfaction générale (General Satisfaction Questionnaire (GSQ)) pour analyser à la fois la satisfaction générale et le soutien reçu pour l'accès aux services
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Cf. définition et appellations des tests ci-dessus.
<b>Déroulement de l'étude</b>	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Le déroulement de l'étude n'est pas décrit dans un paragraphe à cet effet, mais les différents sous-points du chapitre de la méthode (chapitre 3) nous guident à travers le processus de recherche. 3.3 : définition de l'échantillon 3.4 : Instruments utilisés 3.5 : processus de collecte des données 3.6 : analyse des données Dans le point 4, les auteurs définissent clairement le contenu, la forme des consultations infirmières, ainsi que les formations que celles-ci ont suivi.
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Tous les patients ont donné leur consentement par écrit. L'étude a été menée conformément aux normes éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1964.
<b>Résultats Traitement/Analyse des données</b>	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des	X			Dans le point 3.6 toutes les analyses statistiques effectuées sont décrites, et on peut voir que de nombreuses corrélations entre les variables ont été analysées.

	questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?				
<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les caractéristiques sociodémographiques des patients, les scores moyens des échelles, la satisfaction des patients pour les informations fournies par le personnel infirmier et les corrélations avec l'adhésion sont présentés de manière claire à l'aide de tableaux et de résumés narratifs.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Pas de mention du cadre théorique dans l'interprétation des résultats.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Plusieurs comparaisons entre les résultats de l'étude sont faites avec des résultats précédemment obtenus dans d'autres études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limites : Taille relativement petite de l'échantillon en raison du nombre de critères d'inclusion Analyse du taux d'adhésion et de réadmission du patient avec sa sortie de l'unité PDTs, sans comparaison avec des cas-témoins
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs ne mentionnent pas ce point dans l'article.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Le point 8 « Pertinence pour la pratique clinique » fait une synthèse des résultats principaux pour formuler des recommandations pour la pratique clinique : Identifier les stratégies qui pourraient améliorer l'observance thérapeutique Collaboration des infirmières Approche centrée sur le patient

					Communication Prise de décision partagée Soutien des patients par les infirmières ou les médecins Programme de communication entre le patient et l'infirmière
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs ne font qu'une seule recommandation pour les futures recherches : Analyse du taux d'adhésion et de réadmission du patient avec sa sortie de l'unité PDTs, sans comparaison avec des cas-témoins -> recommandation pour les recherches futures de faire la comparaison avec des cas-témoins
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
<b>Commentaires :</b>					

## Appendice F : article de Pauselli et al. (2018)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche quantitative*

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., Moretti, P., ... Pauselli, L. (July 01, 2018). Predictors of Client Satisfaction with Outpatient Mental Health Clinic Services in Italy and New York. <i>Community Mental Health Journal</i> , 54, 5, 562-570.
<b>But(s) de la recherche</b>	Evaluer les facteurs associés à la satisfaction des patients dans 2 établissements de soins ambulatoires de santé mentale en Italie et aux USA. Les variables sociodémographiques et cliniques, l'espoir et les caractéristiques de la personnalité ont été évalués chez les participants.
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif
<b>Contexte Population et échantillon</b>	Contexte : changement dans le système de santé américain ces dernières années. Passage d'un modèle de « rémunération à l'acte » à un modèle de « paiement basé sur la valeur » qui offre des incitations financières aux prestataires de soins pour satisfaire à certaines mesures de performance. La satisfaction du patient est considérée comme une mesure de la qualité des soins reçus, influençant le score de performance des prestataires, qui détermine en fin de compte l'attribution d'incitations/de pénalités dans le processus de remboursement. Même si la satisfaction est généralement considérée comme un prédicteur de résultat, elle représente aussi un résultat précieux en soi dans la pratique clinique de la psychiatrie. Population : patients de 18 à 65 ans qui avaient reçu des soins pendant au moins 2 mois dans l'une des 2 cliniques externes en Italie ou aux USA. Echantillon : 1 aux USA (63 participants), 1 en Italie (121 participants). 184 patients ont été recrutés entre le 1er juillet 2015 au 30 avril 2016. Âge moyen de 46.8 ans (EC 11.5 ans), 89% étaient des hommes.
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	Les participants ont été évalués avec une enquête de 40 minutes comprenant plusieurs questionnaires auto-administrés : Le Healthy Days Core Module (Module de base "journées en santé", traduction approximative) évalue la qualité de vie liée à la santé. Il mesure le nombre de jours que le patient a estimé que sa santé mentale ou physique était mauvaise, au cours des 30 derniers jours précédant le test, avec un maximum de 30 jours « malsains ».

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>L'échelle de dépistage de Kessler pour la détresse psychologique (K6) a demandé aux participants à quelle fréquence ils ont ressenti une détresse psychologique au cours des 30 derniers jours précédant le test</p> <p>L'enquête de satisfaction sur les services de Vérone (Verona Service Satisfaction Survey (VSSS)) comporte 54 questions et couvre 7 dimensions : satisfaction générale, compétences et comportements des professionnels, informations, accès, efficacité, types d'interventions et implication des proches. Elle mesure la satisfaction des patients par rapport aux soins de santé mentale durant l'année écoulée.</p> <p>L'inventaire de satisfaction des clients (Client Satisfaction Inventory (CSI)) comprend 25 items. Les patients répondent avec une échelle de 7 points, dans laquelle les réponses vont de 1 (aucun moment) à 7 (tout le temps). L'outil n'était disponible qu'en anglais, il a donc été traduit.</p> <p>Le questionnaire HSOPE (Health Services Outpatient Experience) est une mesure en 10 points pour les patients en consultation ambulatoire. L'outil n'était disponible qu'en italien, il a donc été traduit.</p> <p>Le Herth Hope Index (HHI) est composé de 12 items adaptés de l'échelle Herth Hope Scale et couvre 3 domaines : cognitif-temporel, affectif-comportemental et affiliatif-contextuel.</p> <p>Le NEO Five-factors Inventory-3 (NEO-FFI-3) est une version en 60 points du NEO-Personality Inventory-3. Il fournit une mesure fiable et précise de 5 domaines de la personnalité : névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, caractère agréable et conscience. Les notes sont sur une échelle de Likert à 5 points, de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord »</p> <p>Un formulaire d'examen des dossiers a été utilisé pour recueillir des informations supplémentaires à partir des dossiers médicaux quant au diagnostic, le 1er accès et la fréquence des visites à la clinique, le type de soins reçus et les médicaments prescrits.</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	Comparaison entre 2 échantillons des facteurs associés à la satisfaction des patients
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Statistiques descriptives : description des propriétés des personnes (l'âge, statut social/démographique, genre, statut civil, etc.)</p> <p>Tests bivariés : t de Student, U de Mann-Whitney pour vérifier les différences entre les 2 échantillons</p> <p>Calcul de score z pour fournir une mesure globale de la satisfaction en faisant une moyenne de chacun des 3 outils qui la mesure.</p> <p>Les variables obtenues ont montré que la distribution n'était pas normale dans les échantillons.</p> <p>Transformation des variables avec un log10 pour qu'elles soient traitables. Nouvelle variable appelée « Satisfaction Composite z-Score (SCS) »</p> <p>Les valeurs inférieures et supérieures indiquant respectivement un niveau de satisfaction plus élevé et plus faible (Plus le SCS est bas, plus le niveau de satisfaction est haut)</p>

Résumé de l'article	
	Construction d'un modèle de régression linéaire multiple
<b>Résultats principaux</b>	<p>Aucune différence significative n'a été constatée entre les échantillons italien et américain quant à l'âge, le sexe et la situation matrimoniale et professionnelle, alors que le nombre moyen d'années d'études accomplies étaient plus élevé dans le groupe américain.</p> <p>Les participants de New-York étaient plus nombreux à vivre seuls, les caractéristiques cliniques ne différaient pas, hormis la répartition entre les groupes de diagnostic et la fréquence des visites.</p> <p>L'échantillon américain a montré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des niveaux d'espoir statistiquement plus élevés (HHI <math>2.1 \pm 0.5</math> contre <math>1.8 \pm 0.6</math>),</li> <li>un score CSI plus élevé (valeur médiane 6.2 contre 5.8)</li> <li>un score HSOPE plus élevé (valeur médiane 1.2 contre 1.5)</li> </ul> <p>La différence de score pour le VSSS entre les 2 échantillons n'était pas statistiquement significative.</p> <p>Le score SCS moyen pour l'échantillon combiné était de <math>-0.04 \pm 0.34</math>. Des tests bivariés ont été utilisés pour déterminer les associations significatives entre la SCS et 18 variables socio-démographiques, cliniques, d'espoir et de personnalité. La SCS a été associée de manière significative à 11 variables. Une SCS plus faible (donc un niveau de satisfaction plus élevé) a été associée à : (1) recevoir des services du OCMH (Outpatient Center for Mental Health de New-York), (2) être plus âgé, (3) être en couple et ne pas être marié, (4) avoir un nombre inférieur de jours de maladie, (5) avoir un niveau inférieur de détresse mentale au cours du mois précédent l'entretien, (6) avoir un score plus élevé pour toutes les sous-échelles de l'IHH, (7) avoir un score plus faible pour les névrotismes et un score plus élevé pour (8) l'extraversion, (9) l'ouverture, (10) l'amabilité et (11) la conscience.</p> <p>Après un processus d'élimination par étapes et en vérifiant une éventuelle multicollinéarité, il a été constaté que 6 variables étaient indépendamment associées de manière significative à la SCS et expliquaient ensemble près d'un tiers de sa variance : <math>F(6, 147) = 12.02, p &lt; 0.001, R^2 = 0.329</math> : (1) recevoir des services du OCMH, (2) être plus âgé, (3) avoir un niveau d'éducation plus faible, avoir des scores plus élevés sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(4) l'état de préparation et une attente intérieures positives (HHI)</li> <li>(5) l'interconnexion avec soi-même et avec les autres (HHI)</li> <li>(6) l'agréabilité (NEO)</li> </ul>
<b>Forces, limites,</b>	<p>Limites :</p> <p>Les 2 contextes ne sont pas nécessairement représentatifs des systèmes de santé mentale italiens ou américains</p>

<b>Résumé de l'article</b>	
<b>Niveau de preuve</b>	<p>Evaluation de la satisfaction à l'aide de 3 outils différents, dans le but d'avoir une vision globale des différents aspects de la satisfaction des services fournis.</p> <p>Une étude des prédicteurs spécifiques associés aux différents aspects de la satisfaction pourrait être intéressante (par exemple la satisfaction à l'égard des soignants, de l'environnement ou du traitement)</p> <p>Force :</p> <p>Cette étude confirme que la satisfaction avec des services de santé mentale ambulatoires sont principalement influencés par des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs de personnalité plus que par des variables cliniques ou des modèles de soins. Les auteurs relèvent ce fait comme étant instructif, car les USA sont en train de passer à un modèle de « paiement basé sur la valeur ».</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cet article ne nous offre pas de pistes d'interventions infirmières pouvant influencer sur la satisfaction des patients. Toutefois, il démontre que les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de personnalité sont d'importants facteurs pouvant influencer sur la satisfaction.</p>

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., Moretti, P., ... Pauselli, L. (July 01, 2018). Predictors of Client Satisfaction with Outpatient Mental Health Clinic Services in Italy and New York. Community Mental Health Journal, 54, 5, 562-570.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème/concept : prédicteurs de la satisfaction des patients Population : patients des services ambulatoires des cliniques de santé mentale aux USA et en Italie.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			L'objectif de l'étude, les différents tests et échelles utilisés, l'échantillon, les tests statistiques ainsi que les résultats sont décrits dans le résumé.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	Contexte : changement dans le système de santé américain ces dernières années. Passage d'un modèle de « rémunération à l'acte » à un modèle de « paiement basé sur la valeur » qui offre des incitations financières aux prestataires de soins pour satisfaire à certaines mesures de performance. La satisfaction du patient est considérée comme une mesure de la qualité des soins reçus, influençant le score de performance des prestataires, qui détermine en fin de compte l'attribution d'incitations/de pénalités dans le processus de remboursement. Même si la satisfaction est généralement considérée comme un prédicteur de résultat, elle représente aussi un résultat précieux en soi dans la pratique clinique de la psychiatrie. Le problème à l'étude est clairement situé dans le contexte concernant les USA. Par contre, pour le contexte de l'Italie, nous n'avons pas de précision, hormi le fait que l'étude se déroule aussi là-bas.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en	X			Les auteurs mentionnent le peu d'études examinant les liens de causalité entre la satisfaction et les résultats,



	se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				mais que certains facteurs comme l'adhésion au traitement pourraient être à l'origine de cette association. Ils relèvent qu'aucune relation n'a été trouvée pour certains facteurs démographiques tels que l'âge, la condition de vie ou l'état civil chez les patients ambulatoires atteints de schizophrénie. En résumé, les auteurs font mention du manque d'étude qu'il y a sur ce sujet, tout en citant plusieurs autres auteurs pour étoffer leurs propos.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie infirmière ou cadre conceptuel n'est mentionné dans l'article.
<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>Buts : chercher à comprendre quels sont les facteurs les plus associés à la satisfaction chez les patients recevant les soins de 2 cliniques de santé mentale ambulatoires aux USA et en Italie.</p> <p>Hypothèse : un niveau de satisfaction plus élevé serait prédit par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'âge plus avancé</li> <li>Le sexe féminin</li> <li>Niveau d'éducation plus élevé</li> <li>Le fait de ne pas vivre seul</li> <li>Le fait de ne pas avoir éprouvé un niveau élevé de détresse physique et/ou mentale au cours des 30 jours précédents</li> <li>Le fait de ne pas avoir reçu de diagnostic de troubles psychotiques ou bipolaires</li> <li>Le fait de ne pas avoir reçu de diagnostic de troubles liés à la consommation de substances</li> <li>Être traité pendant une période plus longue</li> <li>Avoir une fréquence de visites plus élevée</li> <li>Avoir une perspective positive quant à l'avenir</li> </ul>

<b>Méthodes Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis n'est pas mentionné dans le texte, mais il s'agit d'un devis quantitatif (analyses statistiques, tests bivariés, etc.)
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?		X		Population : patients de 18 à 65 ans qui avaient reçu des soins pendant au moins 2 mois dans l'une des 2 cliniques externes en Italie ou aux USA. Pas d'autres détails.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Echantillon : 1 aux USA (63 participants), 1 en Italie (121 participants). 184 patients ont été recrutés entre le 1er juillet 2015 au 30 avril 2016. Pas d'autres détails.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Au vu de la définition peu précise de l'échantillon, nous ne savons pas si sa taille se justifie statistiquement.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les participants ont été évalués avec une enquête de 40 minutes comprenant plusieurs questionnaires auto-administrés : Le Healthy Days Core Module (Module de base "journées en santé", traduction approximative) évalue la qualité de vie liée à la santé. Il mesure le nombre de jours que le patient a estimé que sa santé mentale ou physique était mauvaise, au cours des 30 derniers jours précédant le test, avec un maximum de 30 jours « malsains ». L'échelle de dépistage de Kessler pour la détresse psychologique (K6) a demandé aux participants à quelle fréquence ils ont ressenti une détresse psychologique au cours des 30 derniers jours précédant le test L'enquête de satisfaction sur les services de Vérone (Verona Service Satisfaction Survey (VSSS)) comporte 54 questions et couvre 7 dimensions : satisfaction générale, compétences et comportements des

				<p>professionnels, informations, accès, efficacité, types d'interventions et implication des proches. Elle mesure la satisfaction des patients par rapport aux soins de santé mentale durant l'année écoulée.</p> <p>L'inventaire de satisfaction des clients (Client Satisfaction Inventory (CSI)) comprend 25 items. Les patients répondent avec une échelle de 7 points, dans laquelle les réponses vont de 1 (aucun moment) à 7 (tout le temps). L'outil n'était disponible qu'en anglais, il a donc été traduit.</p> <p>Le questionnaire HSOPE (Health Services Outpatient Experience) est une mesure en 10 points pour les patients en consultation ambulatoire. L'outil n'était disponible qu'en italien, il a donc été traduit.</p> <p>Le Hert Hope Index (HHI) est composé de 12 items adaptés de l'échelle Hert Hope Scale et couvre 3 domaines : cognitif-temporel, affectif-comportemental et affiliatif-contextuel.</p> <p>Le NEO Five-factors Inventory-3 (NEO-FFI-3) est une version en 60 points du NEO-Personality Inventory-3. Il fournit une mesure fiable et précise de 5 domaines de la personnalité : névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, caractère agréable et conscience. Les notes sont sur une échelle de Likert à 5 points, de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ».</p> <p>Un formulaire d'examen des dossiers a été utilisé pour recueillir des informations supplémentaires à partir des dossiers médicaux quant au diagnostic, le 1er accès et la fréquence des visites à la clinique, le type de soins reçus et les médicaments prescrits.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		Voir les différentes descriptions des instruments utilisés dans le point précédent.

<b>Déroulement de l'étude</b>	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Dans le chapitre « analyses statistiques », les auteurs décrivent les analyses effectuées dans l'ordre, avec les résultats obtenus et leurs actions par rapport à ces résultats.
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Les auteurs déclarent simplement n'avoir eu aucun conflit d'intérêt. Quant aux droits des patients, il est juste précisé dans les critères d'inclusion des échantillons que les patients avaient la capacité de donner un consentement éclairé.
<b>Résultats Traitement/Analyse des données</b>	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?		X		L'hypothèse formulée est présentée par les auteurs dans l'introduction (facteurs pouvant prédire un niveau de satisfaction plus élevé). Les tests effectués concernent la plupart de ces facteurs, hormis : Le fait de ne pas avoir reçu de diagnostic de troubles psychotiques ou bipolaires Le fait de ne pas avoir reçu de diagnostic de troubles liés à la consommation de substances Être traité pendant une période plus longue Avoir une fréquence de visites plus élevée
<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, ainsi que les résultats descriptifs des échelles d'enquête sur l'espoir, la personnalité et la satisfaction sont présentés dans un tableau (1) Des tests bivariés ont été utilisés pour déterminer les associations significatives entre la SCS et 18 variables sociodémographiques, cliniques, d'espoir et de personnalité et sont présentés dans un 2ème tableau. Les 3ème et 4ème tableaux présentent les résultats des régressions linéaires multiples. Un résumé narratif des résultats est fait dans le chapitre « résultats »

<b>Discussion</b> <b>Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucune théorie infirmière ou cadre conceptuel n'est mentionné dans l'article.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs comparent les résultats qu'ils ont obtenus avec ceux de la littérature actuelle. De nombreuses références sont insérées dans le chapitre de la discussion.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les 2 contextes ne sont pas nécessairement représentatifs des systèmes de santé mentale italiens ou américains Evaluation de la satisfaction à l'aide de 3 outils différents, dans le but d'avoir une vision globale des différents aspects de la satisfaction des services fournis. Une étude des prédicteurs spécifiques associés aux différents aspects de la satisfaction pourrait être intéressante (par exemple la satisfaction à l'égard des soignants, de l'environnement ou du traitement)
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs n'en parlent pas dans le texte.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Les auteurs mentionnent simplement que cette étude confirme que la satisfaction avec des services de santé mentale ambulatoires est principalement influencée par des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs de personnalité plus que par des variables cliniques ou des modèles de soins. Les soignants n'ont pas d'impact sur les caractéristiques sociodémographiques ou les facteurs de personnalité. Les auteurs relèvent ce fait comme étant instructif, car les USA sont en train de passer à un modèle de « paiement basé sur la valeur ».

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs recommandent de mener d'autres études pour étudier les prédicteurs de la satisfaction des patients, des prestataires de soins et des services.
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
<b>Commentaires :</b>					

## Appendice G : article de Fortin et al. (2018)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche quantitative*

Résumé de l'article	
<b>Références complètes (APA style)</b>	Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (January 01, 2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 63, 2, 103-114.
<b>But(s) de la recherche</b>	L'objectif était d'évaluer la satisfaction des patients adultes qui ont reçu des services de santé mentale dans des réseaux de soins composés de professionnels multidisciplinaires et offrant un éventail de ces services, et d'identifier les variables associées à la satisfaction des patients.
<b>Devis de recherche</b>	Quantitatif
<b>Contexte Population et échantillon</b>	<p>Contexte : la satisfaction des patients par rapport aux services de santé a été de plus en plus étudiée au cours des 20 dernières années, car la satisfaction est un bon indicateur de la qualité de la prestation des services et des soins de santé individuels. Les patients satisfaits de l'efficacité des interventions sont plus fidèles au traitement, et ont tendance à mieux profiter des services. Un niveau élevé de satisfaction parmi les patients utilisant les services de santé mentale augmente également l'implication dans le traitement et favorise le rétablissement.</p> <p>Les données de cette étude ont été récoltées de juin 2013 à août 2014.</p> <p>Echantillon : 325 patients âgés de 18 à 70 ans, diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie ou d'autres affections, notamment des troubles de l'humeur/de l'anxiété/obsessionnels compulsifs/de la personnalité/liés au stress, TDAH.</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients trop fragiles sur le plan clinique</li> <li>Personnes hospitalisées pendant la période d'étude</li> <li>Toutes les personnes sous traitement involontaire sur ordre judiciaire</li> <li>Personnes atteintes d'une déficience intellectuelle grave</li> </ul>
<b>Instruments de mesure utilisés</b>	Service Utilization Questionnaire (SUQ) : type et fréquence des professionnels et services utilisés au cours des 12 derniers mois

<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>Recovery Self-Assessment Scale (RSA) &amp; Recovery Assessment Scale (RAS) : évalue le rétablissement personnel (variable dépendante) (confiance et espoir personnels, volonté de demander de l'aide, orientation vers un objectif et la réussite, dépendance envers les autres et absence de domination par les symptômes)</p> <p>Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS) : évalue la qualité de vie subjective</p> <p>Social Provisions Scale (SPS) : évalue le soutien social "</p> <p>Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health (ACSS-MH) : évalue la continuité des services (accès, fonctionnement, etc.)</p> <p>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : évalue la consommation d'alcool</p> <p>Drug Abuse Screening Test (DAST) : test de dépistage de la toxicomanie</p> <p>Montreal Assessment of Needs Questionnaire (MANQ) : évalue les besoins dans différents domaines (alimentation, santé, etc.)</p>
<b>Intervention (si présente)</b>	Pas d'intervention réalisée dans cette étude.
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p>Valeurs manquantes détectées à l'aide du logiciel SPSS</p> <p>Valeurs les plus probables imputées aux valeurs manquantes à l'aide d'analyses de régression</p> <p>Utilisation de box plot (diagrammes en boîtes) pour détecter d'éventuelles valeurs aberrantes dans les valeurs imputées aux valeurs manquantes</p> <p>Mesures de tendance centrales (moyennes et écart-types)</p> <p>Evaluation des associations statistiques entre chaque variable indépendante à l'aide du test ANOVA.</p>
<b>Résultats principaux</b>	<p>L'âge moyen des 325 patients était de 48 ans, et ils ont été divisés à part égale par genre. La plupart était célibataire (85%) et 43% ont déclaré vivre seuls. Moins de la moitié avait fait des études secondaires (47%) et 83% vivaient dans un logement autonome. Les troubles de l'humeur (44%), la schizophrénie (30%), les troubles de la personnalité (29%) et les troubles anxieux (19%) étaient les troubles les plus fréquents. Les analyses comparatives entre les répondants et non-répondants quant à l'âge et le genre ont donné des résultats non significatifs (âge : <math>p = 0.453</math>, ANOVA : <math>F=620</math>, genre : <math>p= 0.829</math>)</p> <p>Le score global de satisfaction des patients se situe entre 2 et 5, avec une moyenne de 4.11.</p> <p>Variables associées à la satisfaction : facteurs favorables :</p> <p>Continuité des soins (<math>p = &lt; 0.001</math>)</p> <p>Avoir un soignant référent (<math>p = 0.034</math>)</p> <p>Aide reçue par les services (<math>p = 0.048</math>)</p> <p>Facteurs défavorables :</p> <p>Hospitalisation (<math>p = &lt; 0.001</math>)</p>



<b>Résumé de l'article</b>	
	<p>Nombre de besoins (+ ils sont nombreux, - grande est la satisfaction) (<math>p = &lt; 0.001</math>)</p> <p>Total de 5 variables associées à la satisfaction des patients.</p> <p>Le score global moyen de cette étude était similaire aux résultats de la plupart des autres études.</p>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	<p>Limites :</p> <p>Etude transversale -&gt; impossible de faire des déductions causales sur les résultats</p> <p>Echantillon pas sélectionné au hasard -&gt; scores de satisfaction doivent être interprétés avec prudence</p> <p>Mais les résultats restent conformes à la littérature</p> <p>Satisfaction mesurée sur la base d'une seule question (échelle de Likert à 5 points) ne permettant pas d'étudier les sous-dimensions de la satisfaction</p> <p>Pourtant, la satisfaction des patients telle qu'analysée comprenait un large éventail de services et de professionnels consultés pendant 12 mois, ainsi qu'une gamme complète de diagnostics de santé mentale, ce qui aurait largement compensé cette limitation et fourni une analyse solide de la satisfaction globale des patients en matière de santé mentale.</p> <p>Cette étude n'a pas évalué la satisfaction dans des cadres spécifiques tels que les organisations communautaires ou les hopitaux, et les variables spécifiquement liées à la satisfaction des patients n'ont pas non plus été évaluées.</p> <p>Ces questions pourraient constituer un sujet de recherche supplémentaire.</p> <p>Les résultats pourraient ne pas être applicables à des échantillons basés sur un seul médecin (par ex. uniquement pour la schizophrénie)</p> <p>Forces :</p> <p>Cette étude est la 1ère à évaluer la satisfaction globale des patients en santé mentale et à tester simultanément plusieurs variables associées à la satisfaction des patients en utilisant le modèle comportemental d'Anderson.</p>
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	<p>Cette étude traite des patients dans un contexte chronique, alors que notre question de recherche se base sur une situation aiguë. Par contre, elle démontre que certains facteurs influencent positivement la satisfaction des patients, nous donnant des pistes d'interventions à suivre pour répondre à notre question de recherche.</p>

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (January 01, 2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 63, 2, 103-114.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Il est précisé que le cadre théorique est le modèle comportemental d'Andersen, et qu'il est question de la satisfaction des patients. Nous ne connaissons pas la population (pathologie/âge, etc.) ni s'il s'agit d'un milieu aigu/ambulatoire.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion de l'article y sont présentés. En lisant le résumé, nous avons une bonne vue d'ensemble de l'article entier.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Il est expliqué au lecteur l'intérêt de faire une étude sur le sujet (satisfaction des patients = bon indicateur de la qualité des soins). Un résumé des connaissances acquises via l'article est également présent.
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les auteurs expliquent que d'autres études ont démontré que certains groupes de patients (hommes, personnes âgées, haut niveau d'éducation) sont globalement plus satisfaits, tandis que d'autres (schizophrènes par exemple) le sont moins. De nombreuses autres références à des études antérieures sont faites durant l'introduction, sur plusieurs sujets du thème de l'article.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			Il est clairement expliqué que le modèle comportemental d'Andersen est utilisé comme cadre théorique, et ses composantes sont nommées et explicitées.

<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts de l'étude sont énumérés, à savoir : évaluer le degré de satisfaction des adultes atteints de divers troubles psychiques, qu'ils soient graves ou non, vivant dans des communautés utilisant divers services de professionnels. Le 2ème objectif nommé est d'identifier les variables associées à la satisfaction des patients. Les auteurs se basent sur d'autres études antérieures utilisant également le modèle comportemental d'Andersen pour formuler leur hypothèse, qui est nommée.
<b>Méthodes</b> <b>Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		X		Le devis n'est pas explicité, mais il s'agit d'une recherche quantitative. Les données ont été recueillies avec des instruments de mesures standardisées, et les auteurs apportent des réponses sous forme de chiffres.
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est décrite comme « des patients adultes ayant reçu des services de santé mentale dans les réseaux de soins de santé composés de professionnels multidisciplinaires et offrant un éventail de service en santé mentale ».
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de la manière suivante : les participants étaient âgés de 18 à 70 ans et avaient reçu un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie ou autres (troubles de l'humeur/anxieux/obsessionnels compulsifs/de la personnalité/TDAH/troubles liés au stress)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Pas précision quant à la taille de l'échantillon
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			On retrouve, à la page 107, le « tableau 1 » qui décrit tous les instruments utilisés, quelles variables ont été mesurées, et les résultats possibles.

	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Variable dépendante : mesurée à l'aide du questionnaire sur l'utilisation des services (Service Utilization Questionnaire), qui a mesuré le type, le nombre et la fréquence des consultations. Pour chaque consultation, une seule question de suivi a été posée : « quel est votre niveau de satisfaction par rapport au service que vous avez reçu ? » Variable indépendante : ont été organisées en fonction des 3 facteurs basés sur le modèle d'Andersen (facteurs prédisposants, facteurs favorables, besoins)
<b>Déroulement de l'étude</b>	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Dans le chapitre « conception de l'étude, échantillon et collecte de données », on nous explique que l'étude était transversale, les critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillonnage, les méthodes de recrutement, ainsi que la période d'étude (juin 2013 à août 2014). Il est aussi précisé qu'une personne formée a réalisé 2 entrevues de 90 minutes, à 1 semaine d'intervalle, avec chaque participant. Dans le chapitre « cadre conceptuel, variables et instruments », le choix des variables est expliqué, ainsi que les différents questionnaires et instruments utilisés.
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Précisé dans le chapitre « conception de l'étude, échantillon et collecte de données », tous les participants ont signé un formulaire de consentement et l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de santé mentale Douglas.
<b>Résultats Traitement/Analyse des données</b>	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des analyses bivariées ont été effectuées avec un test ANOVA, évaluant les associations statistiques entre chaque variable indépendante (séparément) et avec la satisfaction du patient.
<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé	X			Dans le chapitre « Résultats », les caractéristiques des patients sont bien décrites.

	narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?				Dans le chapitre « variables associées à la satisfaction », on nous explique ce qui a été associé positivement et négativement à la satisfaction des patients, et un tableau est présenté avec les variables associées à la satisfaction globale des patients dans l'analyse bivariable.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Le modèle comportemental d'Andersen est mentionné au début du chapitre de la discussion, mais les résultats ne semblent pas être interprétés en fonction de ce dernier.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats de l'étude sont plusieurs fois comparés avec ceux d'études précédentes qui ont utilisé le même cadre théorique.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Limites rapportées : Etude transversale, donc impossibilité de faire des déductions causales sur les résultats L'échantillon n'a pas été sélectionné au hasard, donc les scores de satisfaction doivent être interprétés avec prudence Analyse de la satisfaction sur la base d'une seule question mesurée avec une échelle de type Lickert à 5 points. Cette stratégie n'a pas permis de d'étudier les sous-dimensions de la satisfaction (contrairement à d'autres études qui ont utilisé des questionnaires standardisés) Satisfaction pas étudiée dans des cadres spécifiques, tels que les hôpitaux ou les organisations communautaires. Le contexte de l'étude, comprenant 4 réseaux locaux de santé mentale, pourrait limiter la généralisation des résultats
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs en font mention dans le cadre des limites de l'étude, il est mentionné que le contexte de l'étude (4 réseaux locaux de santé mentale) pourrait limiter la généralisation des résultats.

<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			La satisfaction n'a pas été étudiée dans des cadres spécifiques, tels que les hôpitaux ou les organisations communautaires, les auteurs suggèrent que cela pourrait constituer un sujet de recherche supplémentaire Le contexte de l'étude, comprenant 4 réseaux locaux de santé mentale, pourrait limiter la généralisation des résultats. Les auteurs estiment que leur modèle devrait être testé dans d'autres systèmes de santé.
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les différentes parties de l'article sont bien délimitées, les étapes de l'étude sont bien décrites, et les tests statistiques réalisés sont expliqués.
<b>Commentaires :</b>	Cette étude traite des patients dans un contexte chronique, alors que notre question de recherche se base sur une situation aiguë. Par contre, elle démontre que certains facteurs influencent positivement la satisfaction des patients, nous donnant des pistes d'interventions à suivre pour répondre à notre question de recherche.				

## Appendice H : article de Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell (2017)

*Grilles de résumé et de lecture critique, approche qualitative*

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (May 01, 2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. <i>International Emergency Nursing</i> , 26, 14-19.
<b>Introduction</b> <b>Problème de recherche</b>	<p>Sur les 95 millions de visites au service d'urgences aux USA, 12.5% sont liées à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le facteur clé qui pose problème pour les soins psychiatriques dans les urgences est le manque de soutien pour ces soins, sous la forme d'infrastructures, de compétences des prestataires et de ressources humaines et matérielles.</p> <p>Un certain nombre de modèles de soins psychiatriques aux urgences ont été mis en œuvre pour résoudre ces problèmes et si certains ont été efficaces, leur mise en œuvre est loin d'être universelle.</p>
<b>Recension des écrits</b>	<p>Dans l'introduction, il n'y a pas de lien direct avec de précédentes études, mais beaucoup de références sont insérées dans le texte, étayant la problématique.</p> <p>En revanche, dans le paragraphe « contexte », les auteurs mentionnent le peu d'études sur les expériences des patients atteints de maladie mentale aux urgences. Les études existantes suggèrent que les personnes en détresse émotionnelle perçoivent un certain nombre de caractéristiques des services d'urgences comme ayant un impact négatif sur leur bien-être.</p>
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	<p>Analyse des données de l'étude avec l'approche de la phénoménologie existentielle (« la phénoménologie apparaît comme une tentative pour dépasser les limites de l'approche scientifique traditionnelle, des processus vitaux et psychiques. Elle les intègre dans une approche globale fondée sur la primauté de la conscience, dans la constitution des phénomènes vécus. Elle décrit sa liaison au monde et aux autres. Méthode codifiée, la phénoménologie permet de comprendre la signification des phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir du récit du patient »)</p> <p>Ribau, C., Lasry, J., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C. &amp; Marc-Vergnes, J. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. <i>Recherche en soins infirmiers</i>, 81(2), 21-27. doi:10.3917/rsi.081.0021.</p>

<b>Question de recherche/buts</b>	L'objectif principal de cette étude est de décrire les perceptions des visites aux urgences par les personnes en détresse émotionnelle, en identifiant des thèmes qui peuvent orienter les interventions infirmières minimisant le stress et optimisant les résultats dans le traitement de l'urgence psychiatrique.
<b>Méthodes Devis de recherche</b>	Qualitatif
<b>Population, échantillon et contexte</b>	Population : patients souffrant d'un trouble psychique qui consultent aux urgences Echantillon : 9 participants de 21 à 65 ans, ayant consulté pour diverses raisons. La majorité était des femmes et ont fait des études universitaires. La majorité a également déclaré être sans emploi, ce qui pousse les auteurs à penser que la maladie a un impact considérable sur la vie quotidienne de cet échantillon. Contexte : analyse secondaire des données recueillies dans le cadre d'une étude réalisée en 2012 sur la perception qu'ont les patients d'une structure de crise communautaire, qui sert d'alternative aux urgences pour les personnes en détresse émotionnelle.
<b>Méthode de collecte des données</b>	Cette étude est une analyse secondaire qui a utilisé une méthode qualitative et phénoménologique pour analyser un ensemble de données collectées à l'origine dans une étude sur les expériences d'urgences psychiatriques dans un cadre de gestion de crise.
<b>Déroulement de l'étude</b>	La collecte des données a eu lieu dans la cellule de crise communautaire, via des dépliants. Les patients voulant participer à l'étude en ont informé le personnel, qui a transmis leurs coordonnées aux chercheurs. Ces derniers ont ensuite contacté les patients par téléphone pour s'assurer qu'ils étaient orientés, en contact avec la réalité et aptes à participer à l'étude. Après cela, un entretien a été fixé, a eu lieu sur le site de l'étude et a été enregistré et retranscrit. Les données ont été analysées avec l'approche de la phénoménologie existentielle. Des thèmes ont été formés par le regroupement des données extraites. Ensuite, des réunions régulières ont été organisées pour comparer, discuter et développer ces thèmes, qui ont ensuite été appliqués à l'étude originale les confirmer et les affirmer.
<b>Considérations éthiques</b>	Le conseil de révision institutionnel de l'université DePaul a approuvé l'étude originale et a déterminé que la présente étude était exempte de révisions parce que les données avaient été désidentifiées (=rendues anonymes ?)
<b>Résultats Traitement/ Analyse des données</b>	Les données ont été analysées avec l'approche de la phénoménologie existentielle. Des thèmes ont été formés par le regroupement des données extraites. Ensuite, des réunions régulières ont été organisées pour comparer, discuter et développer ces thèmes, qui ont ensuite été appliqués à l'étude originale les confirmer et les affirmer. (Thèmes : « Les urgences sont froides et cliniques », « Ils vous parlent comme à un fou », « On vous enferme contre votre gré »)
<b>Présentation des résultats</b>	Les interviews des personnes en détresse émotionnelle sur leur expérience du service d'urgences a mis en évidence 3 thèmes :



	<p>« Les urgences sont froides et cliniques » :</p> <p>Odeurs de désinfectant, éclairage intense, bruits, les craintes et souvenirs des rencontres effrayantes/douloureuses lors des précédentes visites aux urgences ont été identifiés comme des aspects difficiles à gérer.</p> <p>De plus, une personne a déclaré « vous ne savez pas ce que l'infirmière va faire, quand elle est en uniforme » (incertitude sur les gestes de l'infirmière).</p> <p>Le stress et la perte de contrôle ont encore été exacerbés par l'utilisation de termes médicaux que les participants ne comprennent pas</p> <p>Le manque d'intimité (rideaux/portes laissés ouverts pour la protection et l'observation des patients) a augmenté le stress, ainsi que les contrôles fréquents, d'autant plus s'ils étaient effectués sans tentative d'interaction avec le patient</p> <p>Les longs délais d'attente et la non-disponibilité des prestataires de soins en psychiatrie ont accru la détresse. Le fait d'être seul dans une pièce amène les patients « à penser aux pires choses »</p> <p>« Ils vous parlent comme à un fou » :</p> <p>Jugement des médecins, négligence du personnel</p> <p>Manque d'attention ressenti face aux contraintes de temps pour le trier et soigner efficacement les patients</p> <p>Communication de routine du service des urgences (questions sur les thérapies suivies par exemple) font augmenter le stress et la pression</p> <p>Manque de contact visuel perçu comme le fait que le personnel ne se soucie pas des patients</p> <p>« On vous enferme contre votre gré » :</p> <p>Les procédures auxquelles les participants font référence ici sont les procédures standards pour garantir leur sécurité</p> <p>Ils se sentent obligés de contrôler ce qu'ils vont dire pour ne pas être retenus contre leur gré, alors que dans leur situation, il est déjà difficile de se contrôler.</p>
<b>Discussion</b> <b>Interprétation des résultats</b>	<p>Les perceptions des urgences décrites dans l'étude démontrent à quel point les aspects de cet environnement peuvent paraître routiniers pour le personnel et les patients somatiques, mais qui sont tout sauf routiniers pour les patients en détresse émotionnelle. Leurs perceptions montrent également de manière claire que l'attitude et les actions du personnel ont contribué à façonner l'expérience des urgences.</p> <p>Les comportements interactionnels, tels que le manque de contacts visuels, l'absence de demandes de soins en particulier durant les longues attentes et l'absence de volonté d'ajuster les procédures de routine ont été considérés par certains participants comme la preuve de leur moindre importance aux urgences.</p> <p>Sans données sur la fréquence des visites aux urgences des participants à l'étude, il est difficile pour les auteurs de faire des interprétations de leurs interactions avec le personnel.</p>
<b>Forces et limites</b>	Limites rapportées :

	<p>Cette étude est une étude secondaire : les questions ont été formulées à la base pour un cadre de traitement différent (structure de crise communautaire, alternative aux urgences)</p> <p>Les participants à l'étude initiale ont souvent rapporté leurs expériences de ce cadre alternatif, et non aux urgences</p> <p>Par conséquent, les données peuvent ne pas inclure les expériences positives qu'ils ont vécues au service des urgences</p> <p>Les données ne rapportent pas non plus d'informations sur la nature des expériences au service d'urgence évoquées (par exemple si le patient s'y est rendu seul ou non, contre sa volonté ou non)</p> <p>Les auteurs soulignent une force :</p> <p>Une analyse secondaire permet de décharger les participants en utilisant des données existantes pour répondre à de nouvelles questions</p>
<b>Conséquences et recommandations</b>	<p>Il convient de se demander si les attitudes stigmatisantes des infirmières sont dues à leur sentiment de frustration et de manque d'efficacité auprès des patients psychiatriques, comme le suggère une autre étude.</p> <p>Il est important de noter qu'un contact visuel fréquent, des questions sur comment la personne se sent et de quoi elle a besoin, des explications claires sur ce qui va être entrepris et pourquoi, peuvent contribuer largement à maintenir le calme et le contrôle chez le patient. Ces comportements peuvent aussi fournir à l'infirmière les informations nécessaires pour mettre en place des interventions visant à éviter l'escalade de l'agressivité.</p>
<b>Commentaires</b>	

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., & Shattell, M. M. (May 01, 2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. International Emergency Nursing, 26, 14-19.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	Population : non décrite, uniquement « patients » Thème/concept : expériences des patients en matière de soins psychiatriques aux urgences
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le problème, les objectifs, la conclusion et la discussion sont présentés clairement.
<b>Introduction Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Problème : 12.5% des 95 millions de visites aux urgences aux USA concernent des problèmes psychiatriques. Le facteur clé posant problème pour les soins psychiatriques dans les urgences est le manque de soutien pour ces soins, les infrastructures, les compétences des soignants et les ressources humaines et matérielles. Certaines rencontres aux urgences avec des personnes en situation d'urgence psychiatrique ne sont pas efficaces et peuvent contribuer à la récurrence, ce qui entraîne une pression supplémentaire.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Dans l'introduction, il n'y a pas de lien direct avec de précédentes études, mais beaucoup de références sont insérées dans le texte, étayant la problématique. En revanche, dans le paragraphe « contexte », les auteurs mentionnent le peu d'études sur les expériences des patients atteints de maladie mentale aux urgences. Les études existantes suggèrent que les personnes en détresse émotionnelle perçoivent un certain nombre de caractéristiques des services d'urgences comme ayant un impact négatif sur leur bien-être.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique n'est défini par les auteurs dans le texte.

<b>Question de recherche/buts</b>	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif principal de cette étude est de décrire les perceptions des visites aux urgences par les personnes en détresse émotionnelle, en identifiant des thèmes qui peuvent orienter les interventions infirmières minimisant le stress et optimisant les résultats dans le traitement de l'urgence psychiatrique.
<b>Méthodes Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Dans le résumé, il est clairement précisé que le devis de cette étude est qualitatif, ainsi que dans le chapitre « méthode ».
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Le but de la recherche est de décrire les perceptions des patients venant consulter aux urgences. Cette notion ne peut pas être traduite sous forme de chiffres, un devis qualitatif est alors adapté.
<b>Population, échantillon et contexte</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Population : patients souffrant d'un trouble psychique qui consultent aux urgences Peu clairement décrite car nous ne savons pas de quel(s) pathologie(s) les patients souffrent exactement.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Echantillon : 9 participants de 21 à 65 ans, ayant consulté pour diverses raisons. La majorité était des femmes et ont fait des études universitaires. La majorité a également déclaré être sans emploi, ce qui pousse les auteurs à penser que la maladie a un impact considérable sur la vie quotidienne de cet échantillon. La description n'est pas très précise, car tout comme dans la population, nous ne savons pas exactement pourquoi ces patients ont consulté, ni de quelle(s) pathologie(s) ils sont atteints.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Méthode de collecte des données</b>	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			L'étude initiale a recueilli les données en 2012, via des dépliants affichés dans la cellule de crise communautaire. Les patients voulant participer à l'étude en ont informé le personnel, qui a transmis leurs coordonnées aux chercheurs. Ces derniers ont ensuite contacté les patients par téléphone

					pour s'assurer qu'ils étaient orientés, en contact avec la réalité et aptes à participer à l'étude. Après cela, un entretien a été fixé, a eu lieu sur le site de l'étude et a été enregistré et retranscrit.
<b>Déroulement de l'étude</b>	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Cf. point précédent, nous n'avons pas de plus amples informations sur le déroulement de l'étude.
<b>Considérations éthiques</b>	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le conseil de révision institutionnel de l'université DePaul a approuvé l'étude originale et a déterminé que la présente étude était exempte de révisions parce que les données avaient été désidentifiées (=rendues anonymes ?) On peut donc considérer que le cadre éthique a été respecté, étant donné que l'étude initiale a été approuvée.
<b>Résultats Traitement/ Analyse des données</b>	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les données ont été analysées avec l'approche de la phénoménologie existentielle. Des thèmes ont été formés par le regroupement des données extraites. Ensuite, des réunions régulières ont été organisées pour comparer, discuter et développer ces thèmes, qui ont ensuite été appliqués à l'étude originale les confirmer et les affirmer.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Les données ont été obtenues via des entretiens, on ne peut donc pas mettre en doute leur crédibilité. Les auteurs ne font pas mention de tels moyens dans le texte.
<b>Présentation des résultats</b>	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont résumés en 3 thèmes : « Les urgences sont froides et cliniques », « Ils vous parlent comme à un fou », « On vous enferme contre votre gré ». Les auteurs ont inséré plusieurs extraits de verbatim pour illustrer ces différentes conclusions.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Thèmes utilisés : « Les urgences sont froides et cliniques », « Ils vous parlent comme à un fou », « On vous enferme contre votre gré ». Ils reflètent les sentiments et perceptions des patients en crise émotionnelle au moment de leur visite aux urgences.

	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Les auteurs ne mentionnent pas cela dans le texte.
<b>Discussion Interprétation des résultats</b>	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les auteurs soulignent que les résultats de leur étude sont en accord avec les conclusions des quelques autres existantes dans ce domaine, et les complètent. Dans le chapitre de la discussion, de nombreuses références à d'autres études réalisées sont faites.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Non, mais dans les limites de l'étude, les auteurs mentionnent le fait que cette étude est une étude secondaire : les questions ont été formulées à la base pour un cadre de traitement différent (structure de crise communautaire, alternative aux urgences). Par conséquent, on peut en déduire que les conclusions ne sont pas généralisables.
<b>Conséquences et recommandations</b>	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Il convient de se demander si les attitudes stigmatisantes des infirmières sont dues à leur sentiment de frustration et de manque d'efficacité auprès des patients psychiatriques, comme le suggère une autre étude. Il est important de noter qu'un contact visuel fréquent, des questions sur comment la personne se sent et de quoi elle a besoin, des explications claires sur ce qui va être entrepris et pourquoi, peuvent contribuer largement à maintenir le calme et le contrôle chez le patient. Ces comportements peuvent aussi fournir à l'infirmière les informations nécessaires pour mettre en place des interventions visant à éviter l'escalade de l'agressivité.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La forme de l'article est claire et bien structurée. Toutefois, certains points mériteraient d'être éclaircis, comme le déroulement de l'étude et la définition de la population.